

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC
CURSO DE PSICOLOGIA

Carolina Schneider

**CONSUMO DE DROGAS E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: CONSTRUÇÃO DE
UM PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DE UM CAPS AD III.**

Santa Cruz do Sul
2015

Carolina Schneider

**CONSUMO DE DROGAS E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: CONSTRUÇÃO DE
UM PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS DE UM CAPS AD III.**

Trabalho de Curso apresentado ao
Departamento de Psicologia da Universidade
de Santa Cruz do Sul como tarefa integrante da
disciplina Trabalho de Curso II.

Orientador: Professor Moises Romanini

Santa Cruz do Sul

2015

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que carinhosamente me guiam e me apoiam nessa jornada de estudos e aprendizado. Que sempre demonstraram interesse quanto ao meu empenho e souberam compreender os períodos de ausência e frenesi. Ao meu pai, pelo esforço em oferecer qualidade nos meus estudos, por sempre compreender e incentivar os meus sonhos, a minha vida profissional e acadêmica. À minha mãe pela dedicação que tens diariamente comigo e com meus irmãos. Pelos períodos em que estive mais sensível e que tu soubeste entendê-los e me acalmar. Obrigada pelo amor incondicional de vocês!

Aos meus irmãos pelo amor que sinto à eles. Apesar das inúmeras diferenças nós sabemos que existe um sentimento de irmandade entre nós. À Betina pelo companheirismo, pelas deliciosas refeições que preparava enquanto estava focada nas leituras e trabalhos. Obrigada pelo carinho. Ao Bruno, apesar de reservado, agradeço pela proteção que sei que sempre terei ao teu lado, proteção de irmão mais velho. À Sarine, minha irmã madura, que mesmo apesar da distância contribuiu com as minhas leituras e sabiamente uniu reflexão e diversão em um único espaço. Obrigada pela inspiração!

Aos amigos, em especial à Letícia, que dividiu comigo todas as preocupações, anseios e alegrias não só deste projeto mas que diariamente me acompanha e me quer bem. Ao Diego, que conseguiu através da sua espontaneidade trazer mais alegrias dentro dessa inquietude.

À Graziela, que se mostrou mais que uma colega, se mostrou uma parceira, uma amiga. Obrigada pelos momentos compartilhados, por compreender minhas angústias, me acalmar e sempre, sempre valorizar meus esforços. Obrigada!

Ao professor que, definitivamente, mais marcou minha trajetória acadêmica, Moises. Obrigada pelas orientações e supervisões. Obrigada por expressar teu ponto de vista com ternura e, mais uma vez, obrigada pelos aprendizados que certamente me acompanharão ao longo da vida. Obrigada!

Aos profissionais do CAPS ad de Santa Cruz do Sul pelo apoio, empenho e acolhida. Obrigada por fazerem deste estágio um espaço de aprendizado e obrigada por fazerem com que eu me sentisse parte da equipe. Enfim, agradeço à todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho, tão importante para mim, se concretizasse e fosse hoje fonte de orgulho e satisfação.

RESUMO

O crescente número de internações compulsórias de usuários drogas tem causado discussões nos âmbitos da Saúde e da Segurança Pública. O controle social, que tem como um de seus dispositivos este tipo de internação, causa na população alerta máximo sobre o que a mídia reforça como a “Epidemia do *Crack*”. Além disso, a marginalização e a estigmatização que essa mesma população constrói e legitima diariamente produz campos nos quais a droga se torna justificativa de uma vida miserável. A respeito disso, a internação compulsória se faz presente no discurso de tratamentos baseados no paradigma da abstinência, que reforçam no sujeito a ideia de fraqueza perante a droga. Refletindo sobre esses aspectos, esta pesquisa buscou construir um perfil sociodemográfico de usuários de drogas que foram, por este motivo, internados compulsoriamente. O desenvolvimento deste perfil foi realizado a partir da análise de prontuários de dependentes químicos de um serviço público mental, chamado CAPS AD III, de uma cidade gaúcha. Como objetivo primário deste trabalho, o perfil sociodemográfico encontrado condensou as seguintes características: homens jovens, entre 19 e 30 anos; solteiros, com histórico escolar prejudicado e aproximadamente metade dos usuários sem envolvimento criminal. O uso inicial de SPA médio desta população foi aos 15 anos de idade e metade apresentou, antes do pedido de internação compulsória analisado, internações prévias. Quanto ao comportamento suicida, 25% da população analisada afirmou pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Este levantamento quantificou os dados relativos às internações compulsórias e, a partir destes, propõe discussões e reflexões sobre as práticas em saúde e cuidado desta parcela da população.

Palavras-chave: Internação compulsória. Drogas. *Crack*.

ABSTRACT

The growing number of hospitalizations for drug users has caused periodic discussions in the areas of Public Health and safety. Social control, which has as one of its devices this type of hospitalization, the population high alert about what the media reinforces the "Crack epidemic". In addition, the marginalization and stigmatization that this same population builds and legitimizes daily produces fields into which the drug becomes justification to a miserable life. About that, the compulsory internment is present in the speech of treatments based on the paradigm of abstinence, which strengthen the subject the idea of weakness in front of the drug. Reflecting on these aspects, this study sought to build a demographic profile of drug users who were therefore admitted compulsorily. The development of this profile was carried out from the analysis of medical records of drug addicts of a public service, called CAPS AD III, a city in Rio Grande do Sul. As a primary objective of this work, the demographic profile found condensed the following characteristics: young men, between 19 and 30 years; singles, with school records hindered and approximately half of the users without criminal involvement. As for suicidal behavior, 25% of the population analyzed said thoughts of death or suicide attempts. This survey quantified data relating to compulsory hospitalization and, from these, proposes discussions and reflections on the health practices and taking care of this part of the population.

Key-Words: Compulsory hospitalization. Drugs. Crack.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1. Internação Compulsória	12
2.2. Crack e Contexto Sociocultural.....	15
3. METODOLOGIA	21
3.1. Procedimentos	21
3.2. Análise dos Dados.....	22
4. RESULTADOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	24
5. DISCUSSÃO DOS DADOS	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXO 1.....	60
ANEXO 2.....	61
ANEXO 3.....	62
ANEXO 4.....	64
ANEXO 5.....	69

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de curso é fruto da pesquisa intitulada “Consumo de drogas e internação compulsória: construção de um perfil sociodemográfico de usuários de um CAPS AD III” e é constituído por seis capítulos, este introdutório e outros cinco contendo: o referencial teórico que embasou este estudo, sendo este o capítulo dois; o terceiro apresenta a metodologia; o quarto, no qual ocorre a caracterização dos dados; o quinto com as discussões referentes aos dados da pesquisa e a reflexão articulada ao referencial teórico; e o sexto com as considerações finais da pesquisa. É importante frisar que, durante o desenvolvimento do trabalho, termos como paciente, usuário, sujeito e indivíduo foram usados como sinônimos, referindo-se ao ser-objeto desta pesquisa.

A partir de 1990 o Brasil adota a Declaração de Caracas, da Organização Mundial da Saúde, a qual substitui o modelo asilar e se compromete com a ênfase de uma saúde mental voltada para a atenção primária, elegendo prioritariamente os direitos humanos e a saúde comunitária. Sendo assim, através da Portaria 224 do Ministério da Saúde (MS), de 29 de janeiro de 1992, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que entendem a internação, seja ela de qualquer tipo, como último recurso a ser utilizado. Isso porque a Declaração de Caracas trabalha sob a lógica de garantia e proteção dos direitos dos pacientes (SILVA, 2014).

Entretanto, atualmente a internação compulsória tornou-se sinônimo de internação para usuários de drogas, principalmente os de *crack*. Todavia, conforme a lei nº 10.216, essa modalidade de internação deverá ocorrer somente quando todos os outros métodos já foram adotados e/ou quando o indivíduo está colocando a sua vida e/ou a de terceiros em risco (BRASIL, 2001). Simultaneamente, como aponta Ferreira e Silva (2014), atravessa-se um período no qual a judicialização da saúde, principalmente através da prática de internação compulsória, está sendo amplamente utilizada.

Este trabalho foi baseado em autores como França (2012), que propõem reflexões sobre o lugar que as drogas ocupam na organização social, sendo um assunto de saúde pública ou de segurança pública. As divergências relacionadas às drogas e aos seus usuários são tão frequentes que os próprios programas lançados pelo governo federal transparecem essas dicotomias. No programa “*Crack, É Possível Vencer!*”, que tinha como meta o investimento de R\$ 4 bilhões até 2014, incluía o aumento na oferta de tratamento de saúde

aos usuários de drogas, o enfrentamento ao tráfico, bem como às organizações criminosas e a ampliação das ações de prevenção ao uso de drogas (BRASIL, 2012b).

Entretanto, questiona-se um dos eixos norteadores deste programa: a Autoridade. Esse eixo tem como finalidade o “enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo de proximidade” (BRASIL, 2012b). Isto quer dizer que ao mesmo tempo que esse programa trata o tema do uso de drogas como sendo de saúde pública, o mesmo se confunde e abarca questões de segurança pública, quando propõe em dois eixos a autoridade frente ao tráfico de drogas e o proibicionismo e Guerra às Drogas. Esse programa reflete o pensamento da população brasileira, que não consegue, na maioria das vezes, entender o uso de drogas como tema de saúde pública e reforça a estigmatização quando propõe práticas que vão ao encontro do combate ao tráfico e de consolidação do paradigma da abstinência.

Historicamente, a Guerra às Drogas, iniciada na década de 1970 pelo então presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, dá o tom do proibicionismo às drogas e constrói novos paradigmas que estigmatizam e segregam os usuários (RODRIGUES, 2003). Apesar do consumo de drogas ser hoje compreendido como uma questão de saúde pública, muitos resquícios dessa guerra ainda permanecem.

Essa guerra ultrapassa o nível literal e atravessa questões concretas, como aponta Passos e Souza (2011), no momento em que os inimigos, antes localizados geograficamente, perpassam as fronteiras geográficas e se transnacionalizam, como no caso das drogas. Isto é, a guerra às drogas não é mais declarada especificamente aos países produtores e exportadores, mas sim ao globo todo na medida em que a guerra se configura como forma de manter a ordem social.

E, além disso, essa guerra tem como pilares três instituições políticas, a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que juntas buscam na abstinência a recuperação do indivíduo (PASSOS; SOUZA, 2011). E, para que isso ocorra, muitas vezes a internação compulsória se apresenta como alternativa viável. Entretanto, essa alternativa passa a ser associada aos usuários de drogas, principalmente os de *crack*, que pela via da moral religiosa relaciona o prazer ao pecado, e desta forma o usuário seria um pecador, pela via jurídica relaciona o usuário ao criminoso e pela via da psiquiatria o concebe como doente. Quer dizer que esse indivíduo é, no mínimo, triplamente culpado aos olhos da sociedade.

Desta forma, a estigmatização e o reducionismo que os usuários de drogas sofrem ao serem excluídos da sociedade e ao serem, como no caso dos *crackeiros*, nomeados como “zumbis” nos meios de comunicação, reforça a ideia de que os mesmos não podem ou não

conseguem conviver em sociedade. Estas novas formas de enxergar uma parcela da população nos leva à renúncia do livre-arbítrio, quando uma internação compulsória torna-se fato cotidiano nas grandes cidades. Em contrapartida, a mídia reforça e enaltece essa prática quando noticia que a reunião dos *crackeiros*, conhecida como cracolândias, é local impróprio e, portanto, desvalorizado em virtude da presença de usuários de drogas.

Todos esses fatores constroem uma cultura que produz determinadas subjetividades e que reproduz no cotidiano práticas de exclusão e estigma, desumanizando e promovendo concepções errôneas sobre os usuários de drogas. Sendo assim, o levantamento de um perfil sociodemográfico destes usuários que são internados contra sua vontade poderá corroborar com o que o senso comum traz como uma população com pouco estudo e em situação de vulnerabilidade social, como poderá também revelar novas faces de usuários que fujam do padrão acima descrito. Uma das possíveis explicações para essa construção, através da opinião pública desse perfil decorre do que Coelho e Oliveira (2014, p. 363) apontam: “Inicialmente, vale esclarecer que o *crack* é um refinamento rústico da pasta de coca, e, por isso, o seu preço unitário é muito baixo quando comparado com a cocaína em pó, o que explica a sua maior difusão nas classes mais baixas”.

Ou seja, fala-se de uma (possível) população em vulnerabilidade social e, concomitantemente, apresenta-se como eficaz a estratégia das internações compulsórias. Alguns estudiosos irão responder com afinco que essa prática se trata de uma violação dos direitos humanos e que não possui eficácia, como Coelho e Oliveira (2014, p. 364) mais uma vez explanam:

Basta um pouco de coerência: se a internação não for consciente e voluntária o paciente não vai interiorizar nenhuma modificação e, em consequência, no primeiro momento que sair da internação, irá repetir o ato. Isso não o torna uma pessoa ruim, com falha moral de caráter, tampouco criminosa.

Sendo assim, esta pesquisa se faz importante na medida que o levantamento dessas informações e a discussão das mesmas poderá produzir um perfil destes usuários que, via CAPS AD III, são internados compulsoriamente. Além disso, busca-se entender qual a realidade que os mesmos estão inseridos, auxiliando o serviço, ainda muito jovem em Santa Cruz do Sul. Bem como, se possível, discutir e refletir sobre a incidência de internações com históricos judiciais e criminalidade.

Ademais a construção de um perfil agregará aos trabalhadores do serviço um panorama dessa população e, a partir disso, estratégias clínicas, de tratamentos e de grupo

poderão ser criadas visando acolher melhor essa população. Simultaneamente é necessário explicar que esse perfil poderá produzir na equipe discussões quanto ao posicionamento clínico dos profissionais e, porventura, o repensar sobre o paradigma da abstinência como propõe Passos e Souza (2011).

Essa questão é interessante uma vez que a clínica feita nos espaços de atendimento aos usuários de drogas está quase sempre ordenada pelo princípio da abstinência, sem que questões como as que Passos e Souza (2011, p.157) propõem sejam pensadas: “[...] pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas”.

E, concomitantemente, os instrumentos que o paradigma da abstinência se utiliza, como o da internação compulsória, possam ser problematizados. Isso diz respeito à postura de cada profissional desses serviços que, ao se depararem com a angústia dos familiares e do próprio usuário, saibam se manter pacíficos e pensar sobre o caso sem recorrer ao método mais imediato, como a internação, seja ela do tipo que for.

Diante dessas inquietações, essa pesquisa teve como principal objetivo o levantamento estatístico de dados que possam construir um perfil sociodemográfico dos usuários que foram internados compulsoriamente em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. A partir desse perfil, discussões acerca da eficácia das internações, bem como hipóteses sobre a terapêutica dos mesmos foram levantadas e refletidas. Além disso, esta pesquisa se ocupou também da maneira como as informações referentes às internações compulsórias e o universo das drogas são transmitidas através dos meios de comunicação.

Quanto aos objetivos secundários, propôs-se compreender a relação entre as informações sociodemográficas com o histórico judicial, caso este existisse. A reflexão e discussão de informações como escolaridade, local de residência, histórico de trabalho (faltas, demissões), entre outros fatores com o histórico judicial tinha como proposta entender se existia alguma relação entre os fatores sociais, o uso de drogas e a incidência criminal.

Inicialmente, foi inspirado à reflexão sobre a eficácia da internação compulsória e sua relação com práticas clínico-terapêuticas construídas e direcionadas aos usuários de drogas. Entretanto, esclarecemos que nosso objetivo primordial nunca foi desqualificar a internação compulsória, mas construir circuitos de fazer-pensar sobre essa prática. Em alguns momentos do trabalho questionaremos algumas práticas clínicas, bem como a própria

lei, mas sempre entendendo e respeitando a caminhada a qual a saúde mental construiu até se apropriar da internação compulsória. Do mesmo modo, entendemos que este tipo de internação pode ser um possível manejo clínico, mas ressaltamos que acreditamos ser útil somente em situações extremas, nas quais os suportes usuais não foram satisfeitos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Internação Compulsória

A internação compulsória, prevista pela Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 de 06 de abril de 2001, se configura como uma medida de segurança, na qual o Poder Público, respaldado por uma ordem judicial, se utiliza da internação quando todos os outros meios já se esgotaram e, concomitantemente, quando o indivíduo está pondo sua vida ou a de terceiros em risco (BRASIL, 2001). Além disso, como pontua o Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo, essa decisão deve ser avaliada em casos pontuais e específicos, não se aplicando a todo e qualquer paciente (CRP/SP, s./d.).

Segundo a legislação brasileira, existem três modalidades de internação psiquiátrica, a voluntária (a qual o usuário consente), a involuntária (a qual ocorre sem o consentimento do usuário e é requerida por terceiros, normalmente a família) e a compulsória, já explanada anteriormente. Tanto a internação voluntária quanto a involuntária serão concedidas somente a partir da avaliação de um médico registrado no Conselho Regional de Medicina. Já a internação compulsória é determinada por um juiz competente que vai analisar se o local de internação possui condições necessárias de segurança, primando pelo bem-estar do paciente, dos funcionários e demais internados (DALSENTER; TIMI, 2012).

Todavia é importante ressaltar mais uma vez a diferença entre a internação involuntária e a internação compulsória, comumente confundidas. A primeira refere-se à uma prática na qual o pedido de internação é feito por terceiros, aqui entende-se geralmente como família, sem o consentimento do indivíduo e deve ser aceito por um médico psiquiatra, como anteriormente explicado. Conforme determina a lei, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo máximo de 72 horas para informar o Ministério Público do Estado sobre a internação e os motivos da mesma. Essa condição evitaria a possibilidade da internação ser utilizada como forma de cárcere privado. Por outro lado, a internação compulsória não necessita de autorização familiar ou de terceiros. Ou seja, é feita após o pedido de um médico atestando que o indivíduo não tem domínio sobre a própria condição física e psicológica (BRASIL, 2001).

Entretanto, essa lei não menciona a internação exclusiva de dependentes químicos, mas sim de pessoas com algum transtorno mental. Assim sendo, para que um dependente químico seja internado é necessário que um laudo médico caracterize a dependência como

um transtorno mental (DALSENTER; TIMI, 2012). E, neste ponto, os usuários crônicos de drogas, segundo França (2012, p. 43), não devem ser tratados como marginais nem sequer receber tratamentos de acordo com os padrões utilizados no tratamento de “doentes mentais comuns”.

Todavia, ainda segundo França (2012, p. 43), a legislação brasileira entende e trata a temática do usuário de drogas como problema de segurança pública, tipificando através das leis penais o comportamento dos usuários. Em contrapartida, grande parte dos especialistas entendem esse tema como problema de saúde pública e, mesmo que legalmente, a internação involuntária e compulsória possa ser realizada, existem diferenças na internação de um usuário de drogas e de um “doente mental comum”.

Em decorrência dessas internações, que chamaremos de mistas, tem-se uma das maiores críticas relacionadas às políticas para o tratamento de dependentes químicos, que considera errada essa posição clínica na qual, muitas vezes, o médico psiquiatra não está preparado para atender situações de dependência química e que ao contrário de “[...] tratá-los como doentes ainda os tratam como marginais” (FRANÇA, 2012, p. 43).

Então, em 2011, a partir da portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, cria-se a Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS, que: “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011)”.

Essa rede é composta pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, Estratégia de Reabilitação Psicossocial, que conjuntamente oferecem à população pontos de atendimento para pessoas com problemas mentais, incluindo os relacionados ao uso nocivo de drogas, como crack e o álcool (BRASIL, 2011).

Com a criação da RAPS, em dezembro de 2011, o tratamento aos usuários de drogas como tema de saúde pública se consolida no Brasil. Juntamente com a portaria da RAPS é lançado no mesmo mês o programa federal intitulado “*Crack, É Possível Vencer!*”, o qual tinha como meta o investimento de R\$ 4 bilhões até 2014 através do aumento na oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, o enfrentamento ao tráfico, bem como às organizações criminosas e a ampliação das ações de prevenção ao uso de drogas (BRASIL, 2012b).

Esse programa tem como eixos norteadores o Cuidado, a Prevenção e a Autoridade. Ou seja, o Cuidado como “ampliação da capacidade de atendimento e atenção aos usuários e familiares”, a Prevenção como “fortalecimento da rede de proteção contra o uso de drogas” e a Autoridade como “enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo de proximidade” (BRASIL, 2012b).

Contudo, se retornamos ao ano de 2003, quando o governo federal lança a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, questões como a Redução de Danos (RD) são abarcadas como formas de entender e respeitar a singularidade de cada indivíduo no que concerne ao seu tratamento ou não à drogadição (BRASIL, 2003). Esse ponto é relevante para compreender que, mesmo com as pressões proibicionistas, o governo brasileiro não excluiu opções como a RD, provavelmente por notar que o paradigma da abstinência reduz a adesão ao tratamento dos usuários de drogas.

Historicamente, a Redução de Danos vinculou-se em um primeiro momento à epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Durante a década de 1980, o Brasil, assim como outros países, passou por um momento crítico na saúde pública através dessa epidemia. Entendendo que a grande disseminação do vírus da AIDS ocorria no uso compartilhado de seringas contaminadas por usuários de drogas, a RD focava-se neste tipo de comportamento, entendido como de risco. Quando a conceitualização de comportamento de risco transita para a vulnerabilidade social, compreendendo a droga além do aspecto individual, mas também social, econômico e político, a própria RD amplia suas estratégias, que vão além da prevenção exclusiva da AIDS, através de programas de trocas de seringas. Neste momento, a RD é entendida como redução de danos sociais e à saúde e não mais como ligação estreita com a AIDS (MACHADO; BOARINI, 2013).

A partir de então, a RD se constrói como estratégia de saúde pública que propõe diminuir as vulnerabilidades do risco individual, social e comunitário, em decorrência do uso e abuso de drogas. Esta estratégia vem sendo consolidada como um dos norteadores da RAPS do Ministério da Saúde. Considerada uma abordagem ético-política, a RD não se restringe na mudança comportamental, mas entende o usuário como protagonista de sua situação, promovendo autonomia do mesmo (BRASIL, 2015).

Nesses termos, a estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de

prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 585).

A partir do que foi explanado, questiona-se se a internação compulsória, como instrumento do paradigma da abstinência, não seria na verdade uma forma de tratamento quando o indivíduo não tem poder de responder pelos seus atos (estado de inimputabilidade), ou se se configura como um dispositivo de segurança pública enrustido pelo discurso da saúde e do cuidado. E mais, quando se concentra nas internações compulsórias dos grandes centros urbanos pode-se questionar se esses dispositivos clínicos não são práticas higienistas e que abarcam diversos interesses econômicos e políticos.

Outro ponto a ser analisado diz respeito à lei n. 6.368, conhecida como Lei das Drogas, que desde a sua criação em 1976, até ser revogada em 2006, repreendia o tráfico de drogas e considerava “[...] o usuário de substâncias ilícitas como um criminoso comum e sem qualquer perspectiva de garantia de direitos” (FERRAZ et al, 2013, p. 34). Isso quer dizer que até 2006 os usuários de drogas eram tratados como criminosos, mas, a partir da revogação da lei, eles passam a ter os mínimos direitos perante o aparelho judiciário. De certa forma, esses usuários soltos nas ruas e ameaçando o *status quo* são, em 2012, novamente enclausurados, quando o Estado, pressionado pela população, assinou uma sequência de ações visando o enfrentamento do tráfico de *crack* e de outras substâncias psicoativas. A partir deste momento é transferido ao médico o poder de decidir sobre a internação compulsória destes usuários de drogas (FERRAZ et al, 2013).

Tendo em vista que, atualmente, grande parte das internações compulsórias sejam em decorrência do uso abusivo de *crack*, conforme pontua a mídia, se faz importante a contextualização e melhor conhecimento desta substância.

2.2. Crack e Contexto Sociocultural

Os usuários de crack integram a população que faz uso de diferentes drogas ilícitas. **Porém, este subgrupo ganhou especial visibilidade e se tornou objeto da atenção dos meios de comunicação, da sociedade e dos gestores públicos por consumir a droga em locais públicos/abertos e em grupos**, principalmente nos grandes centros urbanos (REIS; BASTOS, p. 133, grifo nosso).

Essa nova substância surge a partir da década de 1980 e tem esse nome devido ao barulho que a pedra produz quando é fumada. Produzida a partir da pasta-base da cocaína juntamente com bicarbonato de sódio, o crack após consumido chega rapidamente ao cérebro, liberando dopamina e, conseqüentemente, a sensação de prazer imediato (KELTER;

SILVA, 2014). Como a mídia amplamente difunde, essa droga tem poder altamente viciante e assim como outras drogas, provoca o que Kessler e Pechansky (2008) referem como “*craving*” ou fissura.

Contudo, contrário a maioria das informações já divulgadas e pré-concebidas do uso de crack e dos chamados “*crackeiros*”, Hart, neurocientista norte americano, em matéria publicada pela revista Super Interessante (Junho/Julho de 2014) expõe alguns mitos sobre essa realidade. O principal deles, e que contrapõe o que autores já citados explanaram, é o de que o *crack* vicia muito. Segundo Hart “oitenta por cento dos que experimentaram não se viciam”, e, em diálogo com o médico Drauzio Varella durante sua visita ao Brasil, expõe que “largar o cigarro é mais difícil que largar o *crack*” (BURGIERMAN; KIST, 2014, p. 38).

Hart reforça que a motivação para parar de usar *crack* é o ponto mais importante, pois ele afirma que esse “reforço alternativo”, como a família, uma paixão, uma carreira interessante, etc., conseguiria fazer o usuário trocar a fumaça inebriante por uma vida saudável. É interessante analisar também a visão de autores como Romanini e Roso (2012) que discorrem sobre o que Domanico (2006) apresenta como “pânico moral”, onde a ampla veiculação da mídia culpa e relaciona, quase exclusivamente, o aumento da criminalidade com o uso de *crack*. O que Burgierman e Kist (2014, p. 40), editores da reportagem que menciona Hart, complementam:

Como todo mundo diz que os crackeiros são “zumbis”, eles próprios acabam muitas vezes acreditando nessa visão, e se julgando incapazes de escapar – aí não têm motivação nem para tentar. Assim, as cracolândias vão ficando maiores e mais comuns. Foi o que aconteceu nos últimos 15 anos no Brasil.

Romanini e Roso (2012, p. 4) manifestam a metáfora do narcisismo do sono: “Dorme o corpo, dorme a dor, dorme o sexo, dorme a vida”. Ou seja, a vinculação de *crackeiros* como zumbis ou mortos-vivos, amplamente divulgada em propagandas contra o *crack*, na realidade não representam a realidade dessa população. Isso porque o “morto-vivo” é um corpo e assim sendo é um corpo atravessado pelos “outros”, é um corpo de desejo/ prazer, tanto assim que decide ir atrás desse desejo, nem que seja consumir *crack*.

Indo ao encontro dessa discussão, os mesmos autores (ROMANINI; ROSO, 2013) colocam o quanto o consumo do usuário de *crack* é, na verdade, tão desenfreado se comparado ao consumo de qualquer pessoa que viva na atual sociedade de consumo, dita capitalista. Nesse modo de viver, o indivíduo é visto por aquilo que ele consome. Ora, se ele se apropria dessa identidade de *crackeiro*, ele mergulha em um discurso tão real que, na

maioria das vezes, torna-se sua própria fonte de consumo, o *crack*. E esse processo legitima atos violentos porque “Ele é assim, ele é um drogado, um *crackeiro*, é isso que eles fazem”. Ou seja, o usuário se torna a droga, e a partir disso tem em seus atos a justificativa para os mesmos.

Porém, como Wurdig e Motta (2014, p. 441) apontam: “O problema é que a questão vai além da dependência. Não adianta desintoxicar e a pessoa voltar para aquele mesmo ambiente”. Talvez por essa razão que os números de internações compulsórias se repitam em determinados casos. Como colocado anteriormente por Hart (BURGIERMAN; KIST, 2014), a falta de prospecção, advinda de condição socioeconômica e familiar deteriorada, contribui para a rápida recaída do usuário de drogas. Ou seja, o indivíduo se desintoxica e em seguida retorna para o ambiente, muitas vezes, hostil e desagregado, no qual a droga é constante companhia. Da mesma forma, Lancetti (2009, p. 62) complementa:

A ideia de basear o tratamento na abstinência ou na chamada desintoxicação parece não trazer mudanças para a vida da pessoa. Ela aprende a ficar abstinente por um tempo, mas ela não está preparada para a vida, então o contato com a vida do jeito que ela é faz com quem o sujeito regrida.

O mesmo autor continua sua fala justificando que a internação suprime o desejo do sujeito durante certo período. Entretanto, se não houver mudanças fundamentais na vida deste, baseadas no que Lancetti coloca como “parar para pensar”, esse desejo irá reaparecer. Além disso, nos tratamentos baseados na abstinência é importante refletir sobre a ideia de “fraqueza” que é constantemente legitimada. Ou seja, o sujeito, ao buscar a abstinência, necessita primeiro reconhecer em si a dependência e a fraqueza pela droga.

Mas com essas informações refletimos agora: qual a realidade das pessoas que são internadas compulsoriamente no Brasil? Teriam elas algum estímulo para parar com o uso da substância (seja ela *crack* ou qualquer outra)? A internação compulsória ajudaria em casos nos quais o indivíduo tenha suporte familiar ou afetivo? Como ajudar uma pessoa em situação de rua que, na maioria das vezes, perdeu o contato com a família e sequer terminou os estudos? Acreditamos que essa população, usuária de drogas e em situação de vulnerabilidade, represente a maioria dos casos de internações compulsórias atualmente. Conforme publicação da revista de audiências públicas do Senado Federal (2011, p. 22, grifo nosso):

Apesar de estar presente em todos os extratos sociais, o usuário de *crack* se caracteriza por ser homem, jovem, consumidor de outras drogas, com baixos

níveis socioeconômicos e educacionais, desempregado ou sem trabalho formal, com índices de saúde piores que a média da população e com maior envolvimento com a criminalidade. A maior parte inicia o consumo de drogas com o álcool e tabaco, precocemente e com uso pesado, **passando à maconha como primeira droga ilícita**. Essas características do usuário brasileiro não diferem das encontradas em outros países.

Antes de prosseguir com esta discussão, faremos um pequeno comentário sobre o trecho acima destacado, afirmando que a maconha seria a primeira droga ilícita a ser consumida pelo indivíduo. Esse pensamento sugere que a mesma se torna “porta de entrada” para o universo das drogas. Essa expressão, frequentemente utilizada, que, como coloca Sgarioni (2009), “trata-se de um dos mitos mais populares do mundo”, foi e continua sendo tão repetido que se torna “verdade”. Entretanto se é possível pensar em uma “porta de entrada” essa seria o álcool e o tabaco, ambas drogas nocivas à saúde, porém lícitas.

Curiosamente, nota-se, através das experiências do Estágio Integrado em Psicologia, que os usuários de drogas ilícitas possuem prontuários mais extensos, desde participação em grupos, de familiares em grupos, de internações – voluntárias e compulsórias, consultas médicas e outros procedimentos realizados pelo CAPS. Muitos pacientes atendidos neste serviço também apresentam situação de rua e vínculo familiar rompido, o que pode contribuir para as recaídas. Quando se fala de um indivíduo que tem um histórico significativo de internações compulsórias, convém dizer que o mesmo é perpassado inúmeras vezes pela esfera jurídica e que, a partir disso, também se constitui subjetivamente. Por esses fatores, essa pesquisa se faz importante na medida em que volta seu olhar para os internados compulsoriamente, provocando discussões neste campo com o objetivo de avançar sobre esta temática.

Esse panorama pode ser pensado juntamente com os dados que Duailibi e Ribeiro (2012) referem em sua pesquisa, na qual os usuários consumidores de derivados da cocaína, o que inclui o *crack*, representam uma parcela reduzida da população usuária de drogas, cerca de 2,3%, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Com esse dado se pode pensar que a chamada “epidemia do *crack*” na realidade não se trata de um “monstro” como a mídia veicula.

É interessante refletir sobre a passivização do usuário de *crack* e a personificação da droga como agente de poder. Ou seja, o usuário, de acordo com o material veiculado pela mídia, se torna refém da droga que agora tem o poder de invadir casas, tirar vidas e praticamente fazer o que quiser, afinal ele é visto como um “monstro” e, por essa condição,

tem autonomia. Entretanto, o que anos atrás se conhecia como a droga da periferia passa a frequentar bairros de classe média e alta, provocando o que os meios de comunicação chamam de “epidemia do *crack*” (ROMANINI; ROSO, 2012). Não se fala mais em um público único que é atingido e vitimado por essa droga, mas tem-se a noção de que a mesma se espalhou, refletindo a terminologia de epidemia como uma doença que se difunde com rapidez, atacando muitas pessoas da mesma terra ou região.

Desta forma, se vivemos em uma epidemia de *crack*, todos somos reféns dela e cabe à mídia fazer a divulgação deste terror, que não tem mais na periferia sua única demarcação territorial. E, além disso, o *crack* como vilão universal acaba legitimando essa posição epidêmica, pois se personifica um objeto afim de criar uma estratégia de *marketing* para vender essa ideia (ROMANINI; ROSO, 2012).

Durante um grupo realizado com usuários de drogas do CAPS AD III de Santa Cruz do Sul, atividade relacionada ao Estágio Integrado em Psicologia, um participante relatou algo que muitas vezes é mascarado: “Droga é muito bom no início, te proporciona uma vida melhor”. Essa pequena declaração justifica de alguma forma o motivo pelo qual muitas pessoas adentram nesse mundo paralelo. Entretanto, quando se trata de educação a respeito das drogas, poucas são as pessoas que verbalizam, principalmente para crianças e adolescentes, que as drogas são prazerosas, que elas causam efeitos físicos e mentais relacionados a essa e outras sensações. O que vemos hoje são dispositivos que se utilizam do medo, do pavor e da repressão como formas de coibir o uso de *crack*. Como Paulo Freire (2003, p. 114) fala “[...] o conhecimento está sempre se transformando”, mas como transformar um conhecimento que é transmitido através do medo? Sabe-se que o medo paralisa, logo esse “conhecimento” que é introjetado se torna apenas um dado do qual a reflexão e o movimento como propõe Freire não fazem parte.

Dialogando com esse ponto, a pesquisa realizada pela Fiocruz (BERTONI; BASTOS, 2012) trabalha com os dados referentes ao histórico do uso de *crack* e/ou similares, que traz um dado relevante quando aponta que 61,31% dos indivíduos que participaram da pesquisa já ficaram mais de um mês sem consumir a droga. Essa informação vem de encontro ao que a mídia difunde sobre o alto poder de vício que o *crack* possui, o que não pode ser negado, mas que esse mesmo vício também dialoga com outros desejos que o indivíduo tenha, que não seja somente consumir a droga. Ou seja, a pesquisa expõe dados importantes para pensar no padrão de consumo dos usuários de drogas, que conseguem se manter abstêmios por um

período significativo, o que denota diferentes formas de uso, não apenas a abusiva/compulsória.

Para complementar essa discussão, os dados que a mesma pesquisa da Fiocruz traz com relação ao histórico judicial dos usuários de *crack* ou similares é no mínimo pertinente. Dos participantes da pesquisa, 48,80% já haviam sido presos alguma vez, o que não se pode dizer se o(s) delito(s) cometido(s) antecederam ou não o uso de substâncias psicoativas. Entretanto, esse dado é considerável quando se toma a discussão sobre o estreitamento entre usuários de drogas e criminalidade. Menos da metade da população avaliada na pesquisa se envolveu em algum tipo de crime, então, por que somos massivamente alertados sobre a existência desse perigo que seria *a priori*? Aqui entende-se *a priori* como a falsa premissa de que todo o usuário de drogas cometeu ou vai cometer algum tipo de ato infracional. Pode-se pensar que essa construção *a priori* é o reflexo da mediatização da cultura, que, como Romanini e Roso (2012) colocam, tem no uso de drogas uma pauta para as discussões de segurança e saúde pública. Os autores acrescentam que “no Brasil, diversos estudos têm mostrado que, nos meios de comunicação, as drogas são consideradas um mal vinculado ao campo jurídico-policia e médico-psiquiátrico e que, invariavelmente, leva os usuários à criminalidade” (ROMANINI; ROSO, 2012, p. 84).

Entretanto, este é um dado que foi construído e divulgado pela mídia como uma equação matemática, na qual o uso de drogas é igual a criminalidade. E, infelizmente, a sociedade vem comprando essa ideia e reproduzindo, através da estigmatização, padrões de comportamento que perpetuam esse perfil do usuário de drogas como criminoso. Ao conceber o *crack* como sinônimo de violência e usuário de drogas como criminoso, os meios de comunicação produzem a naturalização desses pensamentos, e a naturalização pode servir de barreira para o pensamento reflexivo (ROMANINI; ROSO, 2012).

3. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) no município de Santa Cruz do Sul. Este serviço funciona 24 horas por dia, fato que o considera nível III, devido aos leitos para desintoxicação, de intensidade leve a moderada, que são oferecidos aos usuários que buscam tratamento. Entretanto, atende a população que não está em acolhimento noturno no período das 7h00 às 19h00 de segunda a sexta-feira. Tem em seu quadro de funcionários enfermeiros, psicólogos, médico clínico geral, médicos psiquiatras, assistente social, educador físico, técnicos de enfermagem, redutores de danos, motorista, recepcionistas, servente e vigilantes.

A modalidade de atendimento 24 horas por dia é recente ainda na cidade, que conta desde 2014 com o CAPS AD III. Por esse motivo pensou-se como proposta metodológica o estudo descritivo-exploratório que, em sua parte descritiva, tem como finalidade descrever fatos e fenômenos relacionados a alguma realidade, neste caso aos usuários de drogas que foram internados compulsoriamente. E, tem como elemento exploratório, o fato de analisar através de levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências sobre o assunto pesquisado. Na pesquisa em questão houve adaptação, não sendo realizadas entrevistas, mas análise dos prontuários acerca da referida experiência (GIL, 2002).

Essa proposta foi escolhida pois, como dito anteriormente, pelo fato do serviço ser jovem essa metodologia, além de descrever o perfil de uma parte dos usuários do serviço, ainda pretende dialogar com as produções científicas e literárias a respeito da condição que os mesmos já se encontraram, que é a internação compulsória. Sendo assim, o processo de construção, bem como o produto final desta pesquisa poderá auxiliar os profissionais do serviço em discussões que possam ser feitas em grupos de estudo ou até mesmo em reflexões individuais sobre as suas práticas terapêuticas. Para que esta pesquisa fosse a mais fidedigna possível, alguns instrumentos, como uma ficha de coleta de dados, foram utilizados e estão em anexo.

3.1. Procedimentos

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC (CAAE nº 47185515.5.0000.5343), a coordenação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas já havia recebido o primeiro contato formal referente à pesquisa (Anexo 1): carta de

autorização do serviço, especificando a autorização da utilização dos prontuários de pacientes que estiveram em lista de internação compulsória durante o período de janeiro de 2014 a junho de 2015.

Conforme a Carta Circular do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 039 de 2011, que tange sobre as responsabilidades e cuidados em pesquisas que utilizem prontuários médicos, a presente pesquisa encontra-se alinhada aos mesmos princípios do CNS. Além disso, questões éticas como confidencialidade e sigilo foram totalmente respeitadas, mantendo a dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-os em suas vulnerabilidades conforme a Resolução CNS 196/96, itens III.1. “a” e IV.1 “g”. É importante ressaltar que os arquivos referentes à pesquisa se encontrarão guardados com o devido sigilo em uma sala do Departamento de Psicologia da UNISC, tendo como propósito sua incineração após o período de cinco anos da presente data (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

É importante ressaltar também que nenhum contato foi feito com os usuários pesquisados, bem como nenhum dado pessoal que possa facilitar ou identificar os mesmos será divulgado, tendo essa pesquisa o comprometimento ético com o sigilo terapêutico de seus pacientes. Com o intuito de reafirmar o compromisso com a confidencialidade dos dados obtidos através dos prontuários, o pesquisador responsável assinou um Termo de Compromisso de Utilização e Divulgação dos Dados (Anexo 2).

Através do levantamento da quantidade de internações solicitadas e realizadas no período de um ano e meio, foi analisado cada prontuário do qual a internação compulsória foi efetivada e feito o levantamento de dados básicos para compor o perfil sociodemográfico. Essa coleta de dados foi feita a partir de uma tabela criada exclusivamente para esta pesquisa, também em anexo (Anexo 3), a qual contém informações que auxiliem nas discussões posteriores.

3.2. Análise dos Dados

Com os dados coletados o próximo passo da pesquisa se configurou na obtenção das variáveis e na produção dos dados em instrumentos estatísticos (números), que como Pasquali (s./d., p. 1) pontua:

O que é que esses números representam? Eles querem representar a informação que você queria obter quando quis realizar uma pesquisa. Os números são a linguagem (matemática) na qual a informação da pesquisa está sendo descrita, codificada.

A partir desses números foi produzido um perfil sociodemográfico da população pesquisada. Questões como sexo, idade, estado civil e zona onde mora (sem especificar o endereço) compuseram uma parte deste perfil referente aos dados mais básicos, de ordem demográfica. Já o histórico escolar, familiar, de uso da substância psicoativa, bem como o histórico forense (se houver) foram parte da construção deste mesmo perfil, porém compondo a contextualização de cada sujeito, para que aspectos familiares e do uso da substância fossem conhecidos. Essa fase buscou compreender os fatores sociais nos quais os indivíduos estão inseridos, compondo um panorama de aspectos gerais sob a vida e rotina dos mesmos.

E a terceira etapa deste perfil foi elaborada através de questões relativas à clínica/terapêutica destes indivíduos, como, por exemplo, o tempo desde seu primeiro contato com o CAPS, a origem do encaminhamento para o serviço, o estágio de motivação (conforme presente no prontuário – Anexo 4) e se apresenta comportamento de risco para si e/ou para os outros, além do histórico médico e das internações.

Esses três pilares serão a base da construção do perfil sociodemográfico da população escolhida e a partir desta estruturação técnica contrapontos e ideias serão formuladas afim de compreender de que forma essa pesquisa poderá auxiliar o serviço em questão e, quiçá, estudos posteriores.

Com as informações analisadas, um perfil desta população foi construído, o que gerou discussões sobre os mesmos. Essas discussões tiveram como foco explicar os dados e dialogar com o que autores da área entendem sobre o assunto, bem como qualificar as mesmas à medida que novos dados da pesquisa são inseridos nas discussões.

4. RESULTADOS: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Uma discussão que Onocko (2001) faz em seu trabalho *Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental*, nos faz refletir quanto às internações compulsórias: para que mesmo elas estão sendo feitas? Entendemos que esse instrumento é útil em casos de psicose grave ou quando o uso de substância psicoativa (SPA) está trazendo riscos ao usuário ou a terceiros, mas lembramos também que essas situações são menos comuns se comparadas aos pedidos totais de internação compulsória. Entretanto, de acordo com a lei 10.216, artigo 4, “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Partindo deste ponto, explanar-se-á os dados obtidos nesta pesquisa e, posteriormente, faremos as devidas reflexões.

Para que este perfil sociodemográfico fosse construído foi preciso, primeiramente, ter acesso às listas de pedidos de internação compulsória, que ficam retidas com a equipe do serviço, mais precisamente, na sala da coordenação. Até o ano de 2014 essas listas eram manuais, sem qualquer controle eletrônico. Já no decorrer de 2015 os pedidos de internação compulsória passaram a ser registrados eletronicamente e, posteriormente, anexados em pasta documental.

A construção do perfil foi desenhada a partir de uma tabela estruturada para este propósito (Anexo 3). Os dados coletados, e que serão explanados neste capítulo, se referem à mesma tabela que continha as seguintes informações: sexo, idade, estado civil, endereço, uso de que SPA, quando começou o uso, há quanto tempo está no CAPS, origem do encaminhamento, estágio de motivação, se possui comportamento de risco, qual o histórico familiar, escolar, profissional, forense e médico, se houve outros tratamentos, histórico de internações, bem como a quantidade e a duração e, concluindo, se o pedido de internação compulsória no período da pesquisa foi atendido.

Conforme autorização do CAPS (Anexo 1), a análise das listas de internação compulsória iniciou a primeira etapa desta pesquisa. Neste momento foram contabilizados numericamente os pedidos de internações e, em seguida, a busca por cada um dos prontuários para a verificação se de fato a requisição judicial foi atendida. Neste período de um ano e meio, o qual nossa pesquisa se ateve, contabilizamos 100 pedidos de internação compulsória, o que, de acordo com a tabela abaixo, observa-se que a quantidade de internações deste tipo cresceu.

Tabela 1 - Distribuição das Internações Compulsórias do CAPS AD III de Santa Cruz do Sul - RS de acordo com o ano.

<i>ANO</i>	<i>PEDIDOS DE INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS</i>	<i>INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS REALIZADAS</i>
2014 – 1º e 2º semestre	72	8
2015 – 1º semestre	28	10
TOTAL	100	18

Fonte: tabela elaborada pelos autores.

Apesar do número total de internações representar 18, o número de usuários internados foi 16, visto que dois pacientes internaram duas vezes neste período. Este dado é extremamente relevante, pois no decorrer da pesquisa serão utilizados os dados referentes às 16 pessoas e não às 18 internações. Além disso, vale ressaltar que, de todas as internações, apenas uma foi feminina.

O aumento de 125% nas internações compulsórias entre 2014 e o primeiro semestre de 2015 nos chama a atenção para o que Michele Pivetta de Lara (2009) coloca como o desejo de manicômios. Este desejo se associa e se materializa nos pedidos de internações compulsórias, que cada vez mais são aderidos nos serviços de saúde mental. A autora (LARA, p. 9) faz menção à Machado e Lavrador (2002), explicando que o desejo por manicômios na verdade se desenha no desejo de dominar, hierarquizar, classificar e subjugar, além de oprimir e controlar. Este rápido aumento no pedido e número efetivo de internações compulsórias, afirma o desejo vivo, mas por vezes latente, de enquadrar os sujeitos incompreendidos e, portanto, anormais.

No período de 2014, 11,11% dos pedidos de internação compulsória foram atendidos, enquanto que no primeiro semestre de 2015 este número saltou para 35,8%. Esse crescimento provavelmente reflete o que explanamos mais adiante sobre a judicialização da saúde mental. Reconhecemos que o elo entre a saúde mental e a justiça está cada vez mais estreito, fato que justificaria o grande número de pedidos de internação via judicial.

Com o intuito de reduzir o número de internações involuntárias e compulsórias, o CAPS recorreu às visitas domiciliares (VDs) para promover espaços de escuta e diálogo entre as famílias e o serviço. Através das VDs, os profissionais de saúde levam um pouco do CAPS ao espaço íntimo dos usuários e suas famílias e propõem que os mesmos conheçam melhor o serviço e reflitam sobre o pedido de internação. Durante às visitas é explicado que a internação não é sempre eficaz e propõem outras modalidades de tratamento, como grupos

terapêuticos e o uso contínuo de medicação. Como o CAPS conta com Grupos Motivacionais diários, abertos ao público-alvo (usuário), torna mais simples a ida do mesmo ao serviço, uma vez que este poderá encontrar todos os dias, em diferentes horários, um espaço de escuta para que, eventualmente, se inicie ou se retome o tratamento.

Esta estratégia tem gerado bons resultados no que concerne à internação compulsória. Isso porque motiva alguns usuários a retornarem ao serviço e auxilia às famílias a visualizar outras possibilidades para além da “demanda pronta”. Este tipo de demanda é diariamente observada no CAPS durante os grupos, tanto motivacionais quanto de familiares, nos quais a demanda por internação se torna foco e, da mesma forma, é idealizada como único possível manejo. Na prática clínica, entretanto, é necessária a ampliação da reflexão sobre as internações, pois uma vez inseridos nos serviços de saúde é fácil tomar o discurso imediatista que o circunda.

Acreditamos que, mesmo com o alto número de internações no período de 2015, as VDs auxiliaram na diminuição das mesmas, pois atualmente o registro é mais preciso e a contabilização das internações mais fidedigna. Cria-se então uma hipótese, a de que a antiga forma na qual a lista era construída, sem a precisão tecnológica, gerava omissões, não proposicionais, do número total real de internações judiciais. Além disso, as anotações dos profissionais nos prontuários analisados confirmam que as VDs foram em sua maioria benéficas para as famílias e os pacientes.

Ao focar a idade dos usuários internados, os números variam entre 19 e 63 anos. Segmentando os mesmos em grupos conforme a idade, o resultado foi de que oito possuíam idades entre 19 e 28 anos, dois tinham 32 anos, dois mais de 40, e cinco preencheram a faixa de 50 até 63 anos. Esta ampla diferença de idade entre os usuários do CAPS que foram judicialmente internados nos gera um novo dado. Conforme observado, os indivíduos mais velhos, que ocupam as duas últimas categorias, ou seja, que tem mais 40 anos, foram internados devido ao uso de álcool. E, curiosamente, apenas um usuário tinha como droga de preferência o álcool combinado com outra substância, neste caso a maconha. E dentre os mais jovens, destaca-se o uso de *crack* e de múltiplas substâncias. Esse recorte de faixa etária, relacionando o uso de *crack* aos usuários mais jovens, aparece também em outros estudos (RIBEIRO; DUAIB; PERRONOU, 2000; KESSLER; PECHANESKY, 2008). Para compreender os tipos de SPA de preferência que levaram estes sujeitos à internação segue a tabela abaixo.

Tabela 2 - A relação entre a internação compulsória e o uso de substância psicoativa de preferência.

TIPO DE SUBSTÂNCIA	Nº DE INTERNAÇÕES
Álcool	7
Crack	5
Múltiplas (Maconha e Cocaína/Maconha e Álcool)	2
Não foi informado	4

Fonte: tabela elaborada pelos autores.

Claramente o abuso de álcool é o primeiro colocado, o que contraria as colocações da mídia referentes à “Epidemia do *Crack*”. Ademais, outro aspecto importante concerne ao estado civil destes usuários, pouco mais de 55% são solteiros, ou seja, 10 indivíduos assim se declararam, outros 3, o equivalente a pouco mais de 16%, são separados ou divorciados, 2 são casados e outros 2 prontuários não contavam com essa informação. Pegoraro e Caldana (2008), ao discutir o papel das mulheres no cuidado em saúde mental, apontam que a maioria dos usuários dos serviços de saúde mental são homens, jovens e solteiros. Tais características se confirmam nesse estudo e apontam a importância do cuidado informal, geralmente prestados por mulheres: mães, tias, irmãs, avós dos usuários. Os estudos destacam a ausência de debate ou preocupação dos serviços em relação às cuidadoras. Questionamo-nos, então: será que é por essa falta de apoio que as internações se apresentam como uma estratégia de cuidado necessária? A internação serviria também para que essas cuidadoras informais tenham tempo e disposição para o autocuidado?

Quanto aos laços familiares, um dos aspectos considerados, o histórico familiar, surpreendeu ao expor que todos os pacientes internados devido ao uso de álcool eram homens com 45 anos ou mais e a maioria com histórico de abuso de álcool por familiares. Destas 7 internações por álcool, apenas uma não contava com histórico familiar e outras 4 não foram preenchidas. Entretanto, 4 pacientes referiram que havia na família algum membro, todos homens, que usavam álcool em demasia. Três pacientes possuíam irmãos que faziam uso de álcool, 2 possuíam pais e 2, igualmente, mencionaram avós alcoolistas.

A dinâmica familiar dos usuários de drogas é interessante de ser refletida e analisada. Como Zacharias et al (2011) propõem, esses sujeitos não se sentem acolhidos e, conseqüentemente, sentem um vazio familiar que propicia a busca de pares “desviantes”. Utilizando-se das ideias de Groisman (2003), Zacharias et al (2011) referem que as famílias adictivas normalmente possuem uma indefinição de hierarquia, ausência de regras, limites e barreiras geracionais, além de vínculos simbióticos, dentre outros fatores.

Para explicar psicodinamicamente, Freitas (2002) citado em Zacharias et al (2011), refere a importância do papel do pai na estruturação familiar como figura de interdição, a qual possibilitará a organização do mundo interno dos filhos. Os autores fazem a ressalva de que pai não significa a figura sexual masculina, mas qualquer pessoa que exerça a função paterna dentro da dinâmica familiar. O pai será sempre alguém que irá fazer o corte entre a simbiose mãe-bebê, propiciando, a partir disso, o começo da organização da subjetividade. Provavelmente por esses fatores, a incidência de mais sujeitos que usem drogas na mesma família esteja presente neste trabalho.

Seguindo com os históricos, grande parte dos prontuários não obtiveram registro quanto ao histórico profissional, médico e escolar. Em relação ao profissional, somente um prontuário contava com esta informação, sendo este indivíduo demitido de 3 empregos devido ao uso de drogas. O restante dos prontuários, que representam quase 95%, não possuía esta informação. Após o histórico de emprego, seguimos com o escolar, que se mostrou nulo em doze prontuários, cerca de 66%. As informações contidas nesta categoria abrangem indivíduos que estudaram até 2ª série, 5ª série com histórico de repetências, outro até a 6ª série com histórico de expulsões e um terceiro até a 7ª série. Apenas um continha informações referentes ao pobre desempenho escolar, porém sem nenhuma informação precisa. Vemos, portanto, que a maioria não completou o Ensino Fundamental, como já foi apontado em outros estudos (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010; LARA; ROSO, 2015).

Esse dado é relevante, pois antes mesmo da estigmatização e exclusão social em função do uso de drogas, são sujeitos excluídos *da* e *na* escola. Sabe-se que o direito à educação é uma política social, formulado pela Constituição Federal de 1988 como dever do Estado e da família, que depende da implantação de Políticas Públicas. O que se observa nesses casos, entretanto, é que, embora matriculados nas escolas, as crianças não se beneficiam dessas, pouco aprendendo ou se apropriando dos conteúdos escolares, presentes nos índices de repetência, expulsão e evasão escolar. São sujeitos que vivem um “*apartheid* educacional” (GUZZO et al, 2014), produto e produtor das desigualdades sociais.

O histórico forense demonstrou, mais uma vez, a falta de informações nos prontuários analisados. Este item faz alusão a assalto, roubo, furto, homicídio, tráfico, agressões, além de questionar se o usuário já esteve preso, por quanto tempo e se está em liberdade assistida. Dos 16 usuários, 8 não tinham registro sobre o tema, não sabendo o motivo pelo qual esta categoria não foi devidamente preenchida. Apenas um indivíduo negou algum envolvimento e 5 afirmaram que já estiveram envolvidos com algum dos itens listados anteriormente. A

tabela a seguir discorre sobre os tipos de transgressões que os participantes da pesquisa afirmaram ter cometido.

Tabela 3 - Tipos de transgressões judiciais cometidas pelos usuários internados compulsoriamente.

<i>TIPO DE TRANSGRESSÃO JUDICIAL</i>	<i>NÚMERO DE USUÁRIOS QUE COMETERAM</i>
Assalto	2
Roubo	5
Furto	2
Homicídio	0
Tráfico	2
Agressões	1

Fonte: tabela elaborada pelos autores.

A ressalva que fazemos nesta categoria diz respeito às opções assalto, roubo e furto. No entendimento jurídico, assalto não se configura como uma infração, uma vez que essa terminologia não se aplica a esfera do Direito. O ato de furtar condiz com o comportamento de tomar algo contra a vontade do dono. Por sua vez, o roubo é entendido como o ato de furtar, incluindo comportamento violento. Já assalto é o termo operado pela Marinha Militar Brasileira ao fazer referência à tripulações outras, podendo estas serem inimigas, que embarcam em navio alheio. Desta forma, o termo assalto não condiz com um ato jurídico, não devendo estar presente na ficha de triagem do serviço, pois pode gerar equívocos (VOCABULÁRIO JURÍDICO, s./d.).

Retornando aos números, o roubo (ato que inclui violência) foi o mais praticado pelos usuários da pesquisa. Dos 5 indivíduos com histórico forense, 3 faziam uso de *crack* e, apenas um permaneceu preso. Este sujeito em questão ficou durante 22 dias na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE), o que significa que na época tinha menos de 18 anos, não podendo ser encaminhado para o presídio. Os outros 2 sujeitos faziam uso de substâncias múltiplas (maconha/álcool, cocaína/álcool).

Como explanado na página anterior, menos de 30% da população desta pesquisa estava de alguma forma envolvida com o crime. Então por que a existência desse estreitamento entre o usuário de drogas e os índices de criminalidade? Não defendemos uma posição quanto a isso, mas buscamos o pensamento crítico para discutir esses paradigmas. Ferreira e Silva (2012) nos aponta para a judicialização da saúde mental, e que, neste ponto pode ser ampliada dentro de uma discussão sobre a judicialização da vida.

A judicialização que este autor propõe, abarca as questões de saúde mental que são atravessadas por instrumentos e aparelhos jurídicos, como o Ministério Público por exemplo, para englobar o cuidado legitimado pela esfera jurídica, como acontecem nas internações compulsórias. Torna-se cada vez mais comum a utilização do aparelho jurídico para lidar com questões de saúde mental, que tem como prioridade o cuidado da vida. Se se fala de um cuidado que é transpassado pela esfera jurídica, se pode entender que a saúde mental sofre também com a judicialização da vida (FERREIRA; SILVA, 2012). No próximo capítulo será feita a discussão sobre o sinônimo social atribuído aos usuários de drogas como criminosos e, portanto, atravessados pela esfera jurídica/policial.

Sem compreender a utilidade do histórico forense na ficha de triagem, questionamos se essas informações são relevantes em um primeiro momento. Qual a importância para o serviço que acolhe um usuário de drogas saber se o mesmo já cometeu algum crime, se já esteve preso? Será que as perguntas referentes a essa questão não são um reflexo da judicialização da vida dos usuários de drogas? Por entendermos que esse assunto merece uma ampla discussão reservamos um espaço no próximo capítulo para a reflexão do mesmo.

No que tange o histórico médico, mais uma vez os registros foram insuficientes para gerar dados conclusivos quanto a essa categoria. Pode-se ressaltar, porém, que 3 prontuários continham essa informação. Um dos pacientes apresentou desde os 2 ou 3 anos episódios convulsivos. Outro, complicações na visão, joelhos e coluna. E um terceiro referiu problemas de saúde sem especificação. A respeito de outros tratamentos realizados, apenas um prontuário contou com resposta afirmativa, não havendo também especificações.

A ficha de triagem do CAPS conta com um item chamado Estágio de Motivação que é preenchido pelo profissional tendo como base cinco respostas: Pré-Contemplação, Contemplação, Ação, Manutenção e Recaída. Estas opções dizem respeito ao modo como o usuário chega ao serviço, ou seja, o que ele almeja no seu tratamento (se almeja), qual seu engajamento e esclarecimento quanto à sua condição, dentre outros.

Esses estágios dizem respeito ao Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, utilizado em quase todas as linhas teóricas que trabalham com dependência química e atual base do modelo conhecido como Entrevista Motivacional. No entanto, os estágios não podem ser confundidos com uma escala evolutiva, mas sim entendidos como estágios nos quais o sujeito flutua. Essa abordagem tem como argumento a mudança comportamental como um processo no qual as pessoas transitam por diferentes níveis de motivação e de prontidão de mudança (AMADERA, 2012).

O primeiro deles, chamado de Pré-Contemplação, compreende o período no qual o sujeito não visualiza a droga como algo prejudicial e, por isso, não se esforça para diminuir o uso (Redução de Danos) ou para atingir a abstinência. É comum que usuários nesta fase idealizem os efeitos, “quando eu fumo fico mais calmo, mais criativo”. Em contrapartida, a postura profissional não rebate essa ideia, mas engloba outros elementos para ampliar a consciência do usuário, como por exemplo chamar sua atenção para a grave tosse que este apresenta em decorrência do uso de SPA. Por sua vez, a fase de Contemplação tem como característica a ambivalência. O indivíduo percebe os prejuízos, minimamente os defende ou contrapõe os benefícios do uso (AMADERA, 2012).

O estágio da Ação, como o nome sugere, é o momento em que o indivíduo escolhe e coloca em prática estratégias para realizar a mudança. E já na Manutenção aspectos como a prevenção à recaída, bem como o fortalecimento dos ganhos obtidos são os objetivos principais (OLIVEIRA, et al, 2003). O estágio da Recaída na verdade não é entendido como uma fase, não sendo assim nomeada pelos criadores desta teoria. Todavia, a recaída costuma ser regra e não exceção, pois fala-se de um comportamento compulsivo, o qual um único uso pode reestabelecer o conjunto de crenças negativas que ocasionam na volta às fases iniciais do processo (AMADERA, 2012).

Conforme os prontuários analisados, os profissionais responsáveis pelas triagens referiram que cinco usuários se encontravam no estágio de Ação, dois no Pré-Contemplativo, um no Contemplativo e 9, ou seja, metade não informou em qual estágio o paciente se encontrava. Mas nos questionamos: será possível definir isso em um encontro? Cria-se a hipótese de que, talvez por isso, um alto número de prontuários não tenha essa informação. Nos estendemos para além disso: qual o significado da maioria dos pacientes terem sido avaliados no estágio Ação? Acreditamos que a teoria induz a este pensamento, afinal de contas, se estão no CAPS em busca de tratamento é porque estão motivados, buscando estratégias que promovam mudanças. Mas existe a possibilidade de os usuários procurarem o CAPS a pedido da família, ou até serem obrigados por ela a buscar tratamento. Também, num primeiro momento, talvez o usuário fale aquilo que o profissional deseja ouvir: que a droga faz mal e que quer parar com seu uso. Estes foram alguns dos questionamentos que emergiram deste item e que julgamos importante acrescentar nesta discussão.

Da mesma forma, o profissional explora qual a origem do encaminhamento, podendo preencher as seguintes opções: Plantão de Urgência, PSF/Posto de Saúde, CAPS da infância e adolescência (CAPS ia), CAPS II, Demanda Espontânea ou Outro (especificando). Nesta

pesquisa, dos 16 indivíduos, 2 compareceram ao serviço através de encaminhamentos de outras unidades, como a Assistência Social e o CAPS ia e 3 prontuários constam com a demanda de familiares, como irmãs e pais, isso quer dizer que os pacientes vieram ao serviço a partir da sugestão ou pressão destes familiares. A grande maioria, 7 usuários, compareceram por demanda espontânea (o que corrobora a hipótese do maior número de pessoas no estágio de Ação) e outros 5 não contavam com essa informação na ficha de triagem.

É também durante este primeiro encontro que fica registrado quando, data contendo dia, mês e ano, a ficha de triagem foi realizada, sendo um importante dado para o serviço, uma vez que os prontuários são organizados nesta ordem. Como nessa pesquisa fala-se de pacientes heterogêneos em seu uso e idade, o tempo de permanência, ou seja, desde que chegaram ao CAPS é variado. Logo, a pesquisa se ateve ao dado bruto, referente ao ano de ingresso no serviço. O usuário mais antigo dentre estes 16, chegou ao CAPS em 2000, na época com 18 anos recém-cumpridos. Em seguida encontrou-se pacientes desde 2001, 2003, 2006, 2007, 2009, 2010 (um em cada ano), dois em 2008, dois em 2011 e dois em 2014. Outros dois pacientes tinham em seu prontuário a idade em que estavam quando acessaram o CAPS pela primeira vez, com 18 e 19 anos. E igualmente 2 não possuíam ficha de triagem preenchida, não podendo contribuir com essa informação.

Discorrendo ainda sobre o tempo, o início do uso de SPA é importante na construção de um panorama sobre a população usuária de drogas. Refletir sobre o momento no qual o uso começou pode auxiliar a pensar em fases e ciclos da vida nos quais a droga serve de apoio ou fuga da realidade, como na pré-adolescência e adolescência, quando a busca por identidade pode se tornar angustiante e produzir vulnerabilidades. A idade na qual a maior parte dos pacientes (4) iniciou o uso de SPA foi aos 15 anos, seguido de 2 usuários que o fizeram aos 18 e para as idades de 11, 13, 14, 17 e 22 um usuário apenas. Um paciente, encaminhado do CAPS ia, começou o uso de maconha e cocaína aos 8 anos de idade. Os demais prontuários, total de 4, não continham essa informação. O entendimento que o Ministério da Saúde faz quanto a essa questão fica evidenciado no documento feito para os CAPS AD quando menciona:

Saber com que idade os jovens estão iniciando o uso de álcool e outras drogas ajuda a definir as ações mais adequadas e que podem ter um efeito mais ampliado de proteção e cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 29).

Considerando o histórico de internações, 8 pacientes já haviam sido internados compulsoriamente antes do período da pesquisa. O mesmo número de pacientes passou também por internações voluntárias, grande parte na extinta instituição Ultravarp, clínica responsável pelo tratamento de álcool e outras drogas na região do Vale do Rio Pardo. Retomando a fala de Coelho e Oliveira (2014), é preciso pensar e agir com coerência, se a internação não for voluntária e consciente não vai produzir interiorização alguma de mudança, e pode causar mais conflitos na família à medida que o usuário entende o ato da internação judicial como algo que fere a sua liberdade de escolha, mesmo que seja a escolha pelo uso de SPA.

Neste sentido Romanini (2009) traz a metáfora da “porta-giratória” para ilustrar esse ciclo de idas aos hospitais e o retorno ao uso de drogas, uma vez que saem dos hospitais desintoxicados, mas não recuperados, o que propiciaria as recaídas. Esse ciclo incessante é o reflexo da falta, muitas vezes, de articulação entre os serviços de saúde de atenção primária e especializada, o que se gera falhas, frustrações e gasto do efetivo público, “o custo é alto, inviável, e eles sempre recaem (novamente o efeito ‘porta-giratória’)” – como apontado por Romanini (2009, p.59) em uma análise do discurso do Jornal Zero Hora sobre a “epidemia do Crack”.

E por fim, um questionamento relevante, e que também é explorado na triagem, refere-se ao comportamento de risco dos pacientes. Este item se debruça basicamente na possibilidade de um comportamento suicida ou de comportamentos contra terceiros. Três usuários negaram qualquer desejo/pensamento de morte ou de agressão contra si ou outros, 11 não tinham essa informação preenchida em seus prontuários e o restante (4) responderam afirmativamente em algum destes dois quesitos.

Destes 4 indivíduos, dois responderam positivamente quanto ao pensamento de ferir ou matar alguém. Três consentiram quanto ao risco contra sua própria vida, seja através de pensamentos, ideias, planos, ou até a própria tentativa de suicídio. Da mesma forma, três já pensaram que a vida não valia a pena, o que justificaria os pensamentos e tentativas contra suas vidas. E, coincidentemente, são estes mesmos quatro sujeitos que apresentavam histórico familiar de abuso de alguma SPA. Confluindo com esses dados a interlocução que Hart faz ao referir-se sobre novos circuitos de prazer não se centraria somente no uso de SPA, mas em questões mais amplas como a própria vida (BURGIERMAN; KIST, 2014). Pacientes que fazem uso de alguma substância e apresentam possíveis comportamentos

suicidas precisam de novas fontes de prazer, questão que pode ser abordada e trabalhada em atendimento individual.

Os dados sobre questões suicidas são pertinentes pois apontam para o sofrimento extremo destes pacientes, o que minimamente conflita com a ideia de que dependentes químicos só buscam prazer por serem “sem vergonhas” (sic). Essa expressão foi ouvida diversas vezes dos próprios usuários do CAPS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2006 um documento intitulado “Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio”. Este manual propõe que as equipes de saúde mental, como os CAPS, que diariamente trabalham com a doença mental, tem a posição privilegiada de avaliar a “rede de proteção social” dos pacientes em risco de suicídio, além de criar estratégias que reforcem essa mesma rede (BRASIL, 2006).

O documento aponta para dois itens que devem chamar a atenção dos profissionais. Primeiro, a história de tentativa de suicídio e, segundo, o transtorno mental, que se entendido na demanda do CAPS AD III, pode-se compreender a depressão e a bipolaridade como os principais, conforme observado nas práticas de Estágio Integrado em Psicologia. Então, mais uma vez, retomamos ao ponto principal desta discussão, o de que pessoas que consomem drogas também cometem suicídio, afinal, a dependência química traz sofrimento para o indivíduo e sua família, ponto que frisamos.

Para concluir este capítulo, anunciamos que o próximo irá trazer elementos para discutir os dados apresentados até o momento. Para tanto será utilizado os autores previamente citados na introdução desta pesquisa, fazendo engates com o que a realidade dos dados explana e as discussões teórico-técnicas sobre o assunto.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

Conforme os dados referentes ao histórico de internação dos pacientes, de todos os 16, treze já haviam passado por um período de internação devido ao uso de SPA, seja voluntária, involuntária ou compulsória. Essa informação nos indica um ciclo muito comum no tratamento de dependente químicos, que ocupam diversos locais em uma rotação que inclui casa/albergue, CAPS, hospital/Comunidade Terapêutica. Para melhor compreender e também dialogar e embasar os dados disponíveis utilizamo-nos de algumas ideias de Sigmund Freud.

Em sua obra, intitulada *Além do Princípio do Prazer* (1998), Freud utiliza a expressão “*fort-da*” para se referir a uma brincadeira a qual seu neto brincava na ausência da mãe. Manuseando um carretel, o menino o jogava até que desaparecesse de cima da cama e, concomitantemente, balbuciava um som. Quando o carretel retornava, o menino voltava a exclamar, demonstrando felicidade pelo regresso do brinquedo. Freud, portanto, entendeu essa brincadeira como a simbologia da relação que seu neto estabeleceu com Ana, sua filha, naquele momento. Ao deixar a casa e ficar sob os cuidados do avô o menino tinha, através do carretel, meios para representar essa relação e os sentimentos envolvidos. Ou seja, quando o carretel se afastava o menino balbuciava “ó ó ó” e quando o mesmo alcançava sua visão ele, expressando com alegria, falava “dá, dá, dá”.

Esse ciclo, de ir e voltar, pode se equiparar a relação que o sujeito estabelece com a droga e seu tratamento. Nota-se que grande parte dos casos atendidos no CAPS trazem um histórico considerável de internações, sejam elas voluntárias ou não, as quais nos contam uma história sobre a rotatividade em diversas instituições. Isso porque, como Onocko (2001) coloca, a internação contribuiu para a quebra do vínculo com o serviço que ora está no CAPS, ora em alguma clínica, hospital ou comunidade terapêutica e ora está em casa ou na rua. Para além disso, a autora nos aponta para uma questão pertinente quanto ao tratamento em saúde, questionando: para quê? Neste artigo, Onocko se refere às práticas em saúde e se utiliza da internação como um dos meios para melhor explicitar alguns apontamentos.

Esse ciclo de vir ao serviço, ser internado, retornar para seu ambiente primário e seguir, por alguns meses, com o tratamento nos conduz por uma história muito conhecida, mas pouco refletida. Esse padrão de comportamento e de uso e desuso da substância, que como na brincadeira *fort da*, ora some, ora reaparece, desenha a dimensão desse comportamento cíclico, que mesmo o indivíduo estando internado, a droga, enquanto “objeto simbólico”

permanece (ou volta). E, neste contexto, questionamos a internação, principalmente a compulsória, e sua banalização quando se torna ato corriqueiro no tratamento de usuários de drogas, uma vez que reforça esse ciclo. Sabe-se que a decisão de parada de uso da SPA demanda um conjunto de estratégias conjuntas na relação usuário-serviço. Entretanto, o começo se dá quando o sujeito procura por ajuda e inicia a vinculação com o local e com os funcionários do mesmo. Logo após se sucede, normalmente, alguma modalidade de internação, o que, se ocorrer em outro local, demanda do sujeito a readaptação em um novo espaço de tratamento e, novamente, a vinculação com a equipe. Em seguida recebe alta e retorna para seu ambiente primário, o qual intercala com as consultas, atendimentos e grupos na unidade de saúde (CAPS). Todavia, da mesma forma que o usuário teve facilidade em ficar dependente da droga, ele também facilmente dependerá do serviço, o que de acordo com o Ministério da Saúde, não é o fim adequado.

O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 27)

Nessa sucinta narrativa se torna evidente a fluidez das relações que se perpassam em tantos espaços e requerem do sujeito habilidades psíquicas e sociais para conseguir minimamente um vínculo ou contato interpessoal. Essa demarcação extremista, na qual em um momento o sujeito tem tudo, ou seja, está intoxicado, e em outro não tem nada, estando desintoxicado, demonstra um jogo de forças que dizem respeito à construção da subjetividade dessa população, que tem a dependência e a falta como fatores psíquicos constituintes importantes.

Seguindo por esse viés psicanalítico, Conte (1994), citado por Costa (2005), refere que a falta do toxicômano – termo psicanalítico para designar os dependentes químicos - é justamente a falta da falta. Ou seja, quando o bebê, através da figura paterna, consegue se diferenciar da mãe, ocorre a falta que ocasionará em uma castração simbólica. Portanto, é essa falta que possibilita o surgimento do desejo no sujeito. Porém, o toxicômano utiliza a droga justamente para não se deparar com a falta, tendo a droga o papel de proteção à castração, não deixando a falta emergir.

A toxicomania se dá na relação cristalizada do sujeito com a droga e, portanto, pode ser entendida como sintoma. Logo, se existe o sintoma este está a serviço de algo, ou seja, a falta. Retirar a droga, sem que haja uma profunda ressignificação do sujeito à respeito desta,

seria uma brusca tentativa de “cura”. Infelizmente, esse movimento acontece muitas vezes até que o sujeito consiga perceber que a abstinência só irá acontecer quando ele conseguir ressignificar esse uso da substância e conseguir produzir outros ciclos de prazer. Os dados desta pesquisa seguem nessa linha apontando que pouco mais de 81% dos pacientes passaram por outras internações. Mesmo assim, não se obteve dados quanto a melhora ou total abstinência dos mesmos, mas desenha-se um panorama que legitima esse ciclo constante que os usuários de drogas alimentam, assim como os próprios serviços.

Esse movimento cíclico do qual falávamos anteriormente ganha novos contornos à medida em que introduzimos os entendimentos psicanalíticos. Embora o sujeito consiga se manter abstinência por um período, caso não ocorra essa ressignificação, ele repetirá os padrões de comportamento, recaindo ao uso de drogas, retornando aos serviços e re-internando, em grande parte dos casos. Claro que essa ressignificação é um processo individual e único, tendo em vista que cada sujeito tem experiências singulares e as interpreta a seu modo.

Quando um serviço substitutivo de saúde mental corrobora esse ciclo, ele perigosamente pode (re)produzir práticas manicomiais que paralisam o potencial desenvolvimento do sujeito e o transformam em um sujeito tutelado. Isso significa dizer que a própria dependência dos usuários para com os serviços produzem, em algum grau, um engessamento das práticas clínicas. E essa cristalização pode muito bem se refletir nas internações compulsórias que são requisitadas nos grupos de familiares.

É de praxe, pelo menos na unidade de saúde em questão, que as internações compulsórias sejam pedidas nos grupos de familiares, os quais se tornam justificativa para situações das quais “não se sabe o que fazer” (sic). No abuso de drogas, na maioria das vezes realmente não se sabe como agir, o que sugere que os pedidos por internação contra a vontade do paciente emergem. Entretanto, questiona-se de que maneira as famílias também aderem a esse discurso cíclico de tratamento, do qual a internação é instrumento estruturante. Essa demanda já vem pronta e, muitas vezes, legitimada pelos profissionais que, pressionados por familiares, gestores e sociedade na busca por rápidas soluções, acabam vendo na internação a melhor solução. A busca por internação é um “cardápio fechado”, como coloca Onocko (2001).

Nesta esteira de pensamento, a autora reflete sobre a eficiência da clínica que “[...] produz muitos procedimentos (consultas), porém, com muito pouco questionamento sobre a eficácia (de fato, que grau de produção de saúde acontece nessas consultas?)” (ONOCKO,

2001, p. 101). Qual a produção de saúde que estamos elaborando a partir das internações compulsórias? Imagina-se que o alto índice de recaídas após esse tipo de internação enfraqueça essa estratégia, que como contribui Costa (2012, p. 19): “Tratamento para dependente químico, para dar certo, precisa contar com a iniciativa do dependente, uma vez que quando se trata de tratamento compulsório, a taxa de recaída é muito alta”.

Essa indagação pode e precisa ser refletida para que novas posições e direcionamentos clínicos sejam adotados no trato da saúde mental. Todavia, um ciclo se constrói a partir de múltiplos elementos que vão se somando até resultar no protótipo que conhecemos como um círculo vicioso – o chamado efeito “porta-giratória” nas políticas públicas, usuários que entram e saem frequentemente das internações. Isso quer dizer que, além do desejo imediato do usuário pela internação, que forma o primeiro elo, fala-se também do desejo que a equipe enquanto serviço tem, baseada no paradigma da abstinência, de engate desse elo. Afinal se existe a procura é porque, igualmente, existe a oferta.

Claro que, de maneira alguma, condenamos as internações, mas alertamos para a explícita oferta das mesmas, como único ou melhor recurso terapêutico. Assim como a sociedade busca nos remédios a resolução mágica para grande parte dos sintomas físicos, busca também nas internações uma opção rápida, e igualmente mágica, para o tratamento de pessoas em uso de SPA. Costa (2012, p. 19) infere que “[...] para a população, de um modo geral, parece uma solução mágica, entretanto, muitas vezes o objetivo é tirar o problema dos olhos de quem se incomoda com ele”. E aqui, entendemos que quem se incomoda não é apenas a sociedade que assiste ao declínio do usuário de drogas, mas a família do mesmo, que precisando de um momento de sossego, busca fuga no pedido de internação compulsória, como havíamos mencionado no capítulo anterior.

Reforçamos, mais uma vez, que esta pesquisa não tem como objetivo desqualificar esse tipo de internação, mas proporcionar novos olhares para essa prática e buscar a produção de melhorias no atendimento à população. Entendemos que casos graves, como em surtos psicóticos ou quando o consumo de drogas deteriorou a capacidade de decisão do sujeito, a internação compulsória deve ser realizada como uma maneira de preservar a vida do usuário e também da sociedade.

Ao nos debruçarmos no que a pesquisa traz, dentre os 13 pacientes que apresentavam histórico prévio de internação, 9 já haviam sido internados compulsoriamente e no período de abrangência da pesquisa, alguns foram internados novamente. Esse dado vai ao encontro

da reflexão que fazemos relacionado ao ciclo e a falta, que se não for compreendida e trabalhada retroalimentará este ciclo de “tratamento”.

Durante o capítulo 4 apresentamos um panorama global sobre os dados coletados e queremos enfatizar o que a tabela 2 explana, sobre o tipo de SPA de preferência dos pacientes desta pesquisa. Esses dados abrem margem para uma nova discussão sobre a chamada “porta de entrada” para o “mundo das drogas”. Ao conhecer a realidade dos serviços públicos que atendem problemas de álcool e outras drogas se torna visível a necessidade de repensar alguns paradigmas. Sabe-se que o pensamento popular tem a capacidade de construir regras, demarcações e até mesmo padrões de comportamento, sendo um destes padrões o uso legal do álcool.

Claro que, milenarmente, o consumo de álcool é uma tradição de diversos povos, como os babilônicos que fabricavam cervejas, utilizavam as uvas em processo de fermentação para a produção de vinho, ou como os egípcios, chineses, gregos, romanos, entre outros, que tinham em seus hábitos culturais o manuseio da bebida alcóolica (HOLMES, 2001). Contudo houve a transição de significado na utilização do álcool, que há tempos atrás era basicamente utilizado em rituais sagrados e, atualmente, é fonte de obtenção de prazer. Essa mudança diz muito sobre a maneira como hoje a bebida alcóolica é significada.

Por ser uma bebida aceitável socialmente, o contato que crianças e jovens têm com o álcool geralmente tem início em casa, quando os pais e/ou parentes fazem o uso no mesmo ambiente que as mesmas, expondo-as à curiosidade daquela nova substância. Além disso, “tomar uma cervejinha” é um meio de integração social, seja no *happy hour* com os amigos, em um almoço com a família ou em uma festa qualquer. Ou seja, o consumo de bebida alcóolica se torna, desde cedo, fato comum na vida de grande parte das pessoas.

Mas um questionamento considerável diz respeito à crescente e atual necessidade de obtenção imediata de prazer. Isso porque temos em nosso aparato cerebral um núcleo do prazer que se localiza no sistema mesolímbico-mesocortical, conhecido simplesmente como sistema de recompensa. Naturalmente a produção de efeitos agradáveis e de prazer ocorre neste local, quando, através de uma sequência de atos e comportamentos, atingimos essas sensações. Através do planejamento, elaboração, negociação, disciplina, execução e, às vezes, frustração e resignação atingimos esse êxtase bioquímico. Evidentemente esse processo demora mais e exige capacidades mínimas do indivíduo, o que pode ser substituído pelas SPA que ocasionam rapidamente as mesmas sensações sem que haja quase planejamento cerebral (LARANJEIRA, 2012).

Esses efeitos são consequência também do uso de bebidas alcoólicas, que como toda a substância depressora, causa sensações de sonolência e relaxamento (CARLINI et. al., 2001). Como resultado tem-se a baixa do senso crítico que ocasiona maior permissividade. Exemplificando de forma prática, através das experiências no Estágio Integrado em Psicologia, muito se escuta nos grupos do CAPS usuários que admitem evitar o primeiro gole de álcool, pois, tendo em experiências anteriores a confirmação de que a baixa do senso crítico os deixou vulneráveis, resultando na busca pelas drogas ilícitas. Logo, toda a condenação que recai sobre a maconha ser uma porta de entrada se minimiza, pelo menos neste contexto o qual citamos.

Interessante também questionar a própria noção de “porta de entrada” como algo estanque e comum a todos os usuários. Claramente algumas substâncias menos nocivas à saúde, como álcool e maconha, são utilizadas como primeiro contato com as SPA. Entretanto, não se pode condená-las como “portas de entrada” para o “mundo das drogas”, muito embora é isso que acontece. A noção de “porta de entrada” pode ser rebatida com a “porta de saída” no estudo feito pelo psiquiatra Dartiu Xavier, o qual incentivou que usuários de *crack* passassem a usar maconha como parte de um programa para acabar com o vício do *crack*. O estudo resultou que 70% dos usuários pararam com o uso desta substância ao utilizarem a maconha como intermédio, pois propiciaria o aumento de apetite e reduziria a ansiedade, e após um período, paulatinamente pararam também com o uso da maconha (SGARIONI, 2009).

Retornando aos dados quantitativos da pesquisa, como colocado no capítulo anterior, todos os pacientes internados devido ao uso de álcool eram homens com 45 anos ou mais, a maioria com histórico familiar de abuso dessa substância. Das sete internações, apenas uma não contava com histórico familiar e outras quatro não tinham esse registro. Entretanto, quatro pacientes referiram que havia na família algum membro, todos homens, que abusavam do álcool. Três pacientes possuíam irmãos que faziam uso de álcool, dois possuíam avós e dois, igualmente mencionaram pais alcoolistas.

É relevante ponderar que o sujeito não deve estar fadado a um estereótipo, como por exemplo alcoolista, sem que questões biopsicossociais sejam avaliadas e discutidas. A incidência de um membro da família alcoolista não é parâmetro único para concluir que a dependência química de alguém ocorreu devido unicamente a questões biológicas e genéticas. A dependência deve ser considerada em sua forma mais ampla, na qual o psiquismo e a dinâmica familiar também sejam relevantes. É conveniente resgatar

minimamente a história deste sujeito, sua infância, de que forma ele trabalhou com as frustrações, que tipo de apoio primário ele experienciou, que ambientes ele frequentava, quais as cenas que desenhavam sua rotina e etc. Ou seja, para que essas informações consigam emergir é importante, mais uma vez, uma escuta qualificada e sensível deste usuário que chega ao serviço. Informações de vida são tão importantes quanto às referentes ao padrão de uso da SPA, uma vez que combinadas produzem resultados mais precisos sobre o paciente em sua integralidade.

Por vezes é complexo pensar na integralidade de alguém que se apresenta a nós de forma tão deteriorada, como a maioria dos usuários de *crack*. A entrada no serviço, com aspecto apático, sujo, com os dedos castigados pelo exagero do uso aciona o cuidado imediato deste sujeito que, em sua grande maioria, passou os dias anteriores na rua, sem conseguir comer e dormir direito. Popularmente ouvimos a palavra “Cracolândia”, que nada mais é do que o depósito de “lixo humano” da sociedade capitalista, ou seja, o refúgio humano, ideia que Romanini e Roso (2013, p.376) tomam como empréstimo de Bauman (2005). Este refúgio é a consequência dos excessos que produzimos atualmente, e que, acaba por refletir nos sujeitos, somando um número considerável de pessoas sem espaço no mundo moderno. Essas pessoas não fazem parte do jogo econômico-compulsivo, ou pelo menos, não o fazem de forma completa ou perfeita, o que gera espaços de lixo, rejeito, restos, os quais essa população se aloca, como as Cracolândias.

O lixo social tem espaço destinado e delimitado, espaço este que se localiza nas periferias, assim como os lixões, que acumulam os restos indesejáveis das cidades. São nesses locais de descarte que se encontra o refúgio humano, que atrapalha o desenvolvimento da cidade – comércio e negócios – e por isso são afastados dos centros ou internados (ROMANINI, ROSO, 2013).

Historicamente, a Cracolândia foi a denominação de um espaço central da cidade de São Paulo ocupada por usuários de *crack*. Raupp e Adorono (2015, p. 804) colocam que “A partir da difusão nacional do uso e venda do crack, o termo Cracolândia passou a ser generalizado para áreas de outras cidades brasileiras, designando locais nos quais existem grupos fazendo uso público do crack”.

Então, as Cracolândias são espaços urbanos que foram apropriados por usuários de drogas, em sua maioria o *crack*, e que, superficialmente falando, desvalorizam o possível mercado imobiliário e comercial destas áreas. Historicamente falando, sabe-se que esses espaços públicos, como a região da Luz em São Paulo, foram sistematicamente abandonados

pelo poder público antes de qualquer “invasão” dessas pessoas. O termo territórios psicotrópicos é utilizado por Fernandes e Ramos (2010), e emprestado à Raupp e Adorno (2015), para designar locais que desenvolvem atividades relacionadas à venda e uso de drogas, social e espacialmente à margem da sociedade normatizada e frequentemente vinculada a espaços de exclusão social. Falamos aqui em margem não no sentido meramente espacial, geográfico, pois tais “espaços compartilhados” de uso são, muitas vezes, localizados nas regiões centrais das cidades. A tensão periferia-centro e a presença dos “refugos humanos” nesses espaços borra fronteiras e identidades em meio ao fluxo constante dos transeuntes e do viver em grandes cidades.

Apesar das Cracolândias serem um reflexo de metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro, cidades próximas como Porto Alegre também contam em sua estrutura urbana com esses espaços. Todavia cidades menores, como Santa Cruz do Sul, também possuem conglomerados conhecidos pelo ponto de encontro para o uso de *crack* e outras SPA. A zona sul da cidade, bem como a oeste e uma parcela da leste, são conhecidas pelos pontos de tráfico e uso de drogas. Conforme reportagem do jornal local (Anexo 5), Santa Cruz do Sul conta com pontos específicos e popularmente conhecidos para o uso de drogas.

Essa reportagem, destaque da sessão Policial, tem como evidência a frase: “Crack é usado livremente na Bartholomay.”. O contexto do qual a notícia se desenha denota muitas crenças e paradigmas populares que serão esmiuçados. A reportagem segue sem, em nenhum momento, fazer alusão a qualquer questão criminal/policial, da qual destacamos o seguinte trecho:

Um empresário de estabelecimento da área confirma que todos os dias, a qualquer hora, é possível encontrar uma ou mais pessoas fumando *crack*. Porém, ressalta que não tenta combater esse problema social por não representar risco algum para os seus negócios. **Relata que, durante mais de um ano em que está instalado nesse ponto, os usuários de drogas nunca ofereceram risco para clientes e funcionários** (KÄMPF, Rodrigo. Crack é usado livremente na Bartholomay (Gazeta do Sul, Santa Cruz do Sul, p. 37, 12/13 de set. 2015, grifo nosso).

Coincidentemente (ou não), ao lado desta matéria se encontra uma pequena nota nomeada “Assaltos”, e mais abaixo, no fim da reportagem sobre os pontos de *crack*, está a propaganda de uma empresa de segurança. Esse panorama muito reflete o que popularmente se acredita saber sobre as drogas. Ou seja, drogas é sinônimo de criminalidade. Onde há usuários de drogas, há perigo. Esse tipo de pensamento costuma identificar no usuário, como grupo social, as mazelas da atualidade.

A Guerra às Drogas, anteriormente trazida na fala de Rodrigues (2003), identifica países agressores, ou seja, os encarregados pela droga e os países-alvo, vítimas da produção e uso de drogas. A mesma lógica é replicada na sociedade, sendo os agressores os traficantes e usuários de drogas, e o restante da população as vítimas desta situação. Mas e o individual e coletivo, de que forma se enlaçam?

Muito se questiona sobre o limite do individual e do coletivo, e quando nos remetemos a assuntos mais delicados, como o da dependência química, é fundamental compreender de que forma essas duas esferas dialogam. Fazendo um empréstimo de um conteúdo da disciplina de matemática, faz-se uma analogia com a Teoria dos Conjuntos, a qual pressupõe que elementos contidos em dois ou mais grupos diferentes se assemelhem e se interseccionem formando locais comuns aos mesmos. Podemos entender estes locais comuns como o enlace entre o coletivo e o individual. O Ministério da Saúde, no seu mais recente guia, traz essa reflexão em formato visual, conforme a figura a seguir.

Figura 1 – Representação do fenômeno das drogas a partir do tripé indivíduo, contexto e substância.



Fonte: BRASIL, 2015, p. 6

Durante o tratamento de dependentes químicos alguns pontos são demarcados quanto ao cuidado individual e, conseqüentemente, ao sucesso ou fracasso do mesmo. O sucesso parece muitas vezes vinculado ao coletivo, pressupondo que o fracasso seja individual. Em um processo de tratamento, as recaídas são parte fundamentais para que o sujeito consiga, ao seu modo, lidar com as diversas questões que se transformam e que reaparecem. Todavia,

indagamos se essa intersecção existe entre o sucesso/fracasso - coletivo/individual, na dependência química.

Neste contexto, as Políticas Públicas atuam sob a ótica de que a vulnerabilidade e o risco são estruturantes na criação das mesmas. Para compreender melhor esta questão, Romanini e Detoni (2014) se utilizam de Castel (1987) que, através da lógica da governamentalidade neoliberal, demarca o risco como domínio individual, descolado do âmbito social, enfatizando o risco que o indivíduo oferece. Com a tendência a psicologizar a vida, identifica-se nos sujeitos as peculiaridades que trazem suas mazelas e, com o caráter normatizador, criam-se estratégias, planos e políticas que abarquem essas questões desviantes. Ou seja, a governamentalidade é feita a partir de questões pontuais do sujeito, que caso falhe, retorna a localizar nele essa falha.

Normalmente esse sujeito é atravessado mais de uma vez pela falha. Primeiro, ele se mostra diferente dos padrões normais, como os dependentes químicos por exemplo, ora entendido como uma falha original, primeira, ora como uma resultante de outros desvios identificados na história do sujeito. Segundo, as Políticas Públicas surgem para dar conta dessas falhas, que caso não consigam normatizar o sujeito, realocam nele, novamente, a falha pela falha das políticas.

Então, o fracasso é reforçado como um ato individual, despontecializando o sujeito, pois encontra somente nele a justificativa para a falha, fenômeno que acontece quando se utiliza o paradigma da abstinência. A recaída é sempre compreendida como uma falha do sujeito que, frente à fissura e à tentação, não teve a capacidade de se controlar. É pertinente destacar, porém, que essa lógica (fracasso/indivíduo e sucesso/coletivo) perpassa tantas outras esferas cotidianas que não apenas a da dependência química, servindo, por exemplo, como base para sistemas meritocráticos – que valorizam e premiam a trajetória individual.

O auge do fracasso na dependência química é a recaída, que caso não consiga ser controlada, pode culminar em uma internação, na qual a compulsória se torna a “cereja do bolo”. Essa coletânea de acontecimentos vai desenhando o presente do indivíduo e lhe marcando quanto a sua fraqueza e sua falha. Alienado e legitimando esse paradigma, ele acaba fazendo parte de um evento do qual ele serve a uma vasta plateia.

Essa mesma plateia que assiste às sucessivas internações do indivíduo aplaude, em sua maioria, esse tipo de desfecho por acreditar que “bandido bom, é bandido preso” como refere o dito popular. E aqui, destacamos o paradigma que a reportagem acima trouxe, na qual o uso de drogas é vinculado às questões policiais e criminais. Claro que, como profissionais

de saúde, sabemos que os dependentes químicos não são “bandidos”, pelo menos não podemos assim generalizar. Entretanto esse pensamento não é amplamente entendido pela sociedade que vincula o uso de drogas à criminalidade. Assim sendo, a internação é uma forma de prender quem a sociedade quer se ver livre, afinal “enfeiam” as ruas, além de agirem como marginais e propagarem o perigo.

O olhar sensível, que seja capaz de compreender e de transparecer isso aos usuários dos serviços de saúde, é extremamente importante no processo de tratamento e reinserção social. Quando o indivíduo tem a certeza de que não será culpabilizado por sua recaída, mas sim compreendido e capaz de trabalhar nos motivos que o fizeram recair, bem como no diálogo para mudanças e construções de novas estratégias, ele se vinculará ao serviço de maneira que a internação compulsória será recurso extremo dentro de seu manejo clínico.

Durante minha prática de estágio, enquanto coordenadora de alguns grupos (motivacionais, familiares e de acolhidos no serviço), noto esse discurso pronto. E, quando digo pronto, refiro-me à uma fala que parece não ser refletida, que é em algum momento introjetada e em seguida legitimada por profissionais e pelos próprios serviços ao atender a demanda por internação. É preciso, todavia, esclarecer que essa legitimação é realizada como manejo clínico, e aqui não questionamos a eficiência dos profissionais e dos serviços, mas pontuamos uma relação que está funcionando, mesmo que negativamente em alguns aspectos, na qual o usuário é ouvido e atendido em seu pedido de internação.

Ou seja, essa pequena consideração que fazemos tem o intuito de compreender melhor esse pedido de internação que chega pronto e “fechado”, como em uma caixa, sem que haja a possibilidade de repensá-lo e reconstruí-lo. Então, assim como os usuários de drogas buscam prazer imediato na substância, a sociedade geral também busca esse mesmo prazer imediato, mas se utiliza de outros meios. Utilizar um remédio para dor de cabeça parece mais simples do que entender o motivo da dor e usar a droga parece mais simples do que compreender o motivo pelo qual o sujeito faz o uso tóxico da SPA.

Previamente falamos das VDs como recursos para diminuir o número de internações compulsórias. Outro mecanismo utilizado pelo CAPS para driblar as internações são os acolhimentos diurnos, os quais o indivíduo pode permanecer durante o período do dia no serviço, participando das atividades, como grupos e oficinas. Nesta opção é acordado, conforme a necessidade do usuário, avaliada pelos profissionais, se o mesmo permanece em um turno, manhã ou tarde, ou em ambos. Claramente que, conforme coloca o Ministério da

Saúde, os usuários em acolhimento são amparados em suas necessidades básicas, como alimentação por exemplo:

Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 19).

Da mesma forma o Ministério da Saúde entende que o acolhimento noturno é mais uma estratégia clínica para evitar as internações psiquiátricas, uma vez que proporciona atenção integral ao usuário.

Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 19).

Caso as internações não consigam ser evitadas, é requerido que um médico produza um laudo circunstanciado definindo a aprovação ou não, bem como os motivos da internação. No CAPS, o qual os prontuários foram analisados, o procedimento descrito acima é feito através de um médico do serviço, ponto que questionamos. Primeiro, porque esse profissional tem ou poderia ter algum vínculo com o usuário que vem ao CAPS para avaliação médica, relação que provavelmente fica fragilizada. Ao retornar ao serviço o sujeito passa por consultas médicas regulares, que por sua vez, podem ser realizadas pelo mesmo profissional que concedeu o aval para sua internação compulsória. Sobre este aspecto referimos, de que forma este usuário irá encarar o profissional, que foi o mesmo que teve parte atuante da internação contra a sua vontade?

Presume-se que seria mais interessante que essa avaliação médica fosse efetuada por um profissional sem vínculo com o serviço, intermediando a internação compulsória. Correto seria que o próprio Ministério Público ou a Defensoria Pública dispusesse de profissionais competentes para circunstanciar esses laudos, evitando que relações usuário-profissional sejam estremecidas. De acordo com o Ministério da Saúde (2015, p. 49, grifo nosso):

Como qualquer outra internação psiquiátrica, a IPC – internação psiquiátrica compulsória – está condicionada à elaboração de laudo médico circunstanciado, o que, no dia-a-dia, coloca em contato os sistemas de saúde e justiça. **Por vezes, isso ocorre de modo desarmônico, já que é comum que os órgãos judiciários incidam nos serviços de saúde para deles exigir a avaliação psiquiátrica, sacralizando e isolando esse procedimento dos demais** e, no todo, sem combinar com os profissionais de saúde essa “entrada” nos processos de trabalho.

A avaliação médica ocasiona, na maioria das vezes, a internação compulsória. Entretanto, analisando a lista de pedidos de internações compulsórias encontramos uma única requisição que foi negada, fenômeno que causou surpresa, afinal não se espera que um pedido vindo do Ministério Público seja negado. Neste caso específico, a internação seria para um senhor, usuário de álcool, e o pedido havia sido feito pela esposa do mesmo. Todavia, analisando seu prontuário localizamos as anotações do médico que realizou essa avaliação e, conforme este, o pedido seria recusado pois se tratava de desentendimentos na relação entre o casal, que meses depois, conforme o prontuário, haviam se divorciado. Especula-se que essas desavenças motivaram o pedido.

A relevância de uma avaliação médica realizada de forma adequada, na qual aspectos biopsicossociais sejam considerados, confere maior credibilidade às internações. Como no caso acima descrito, caso o médico não houvesse realizado uma avaliação integral, com escuta qualificada, ele poderia corroborar um pedido de internação compulsória sem que existisse real necessidade para tal.

A falta de informação nos prontuários se mostrou como o grande desafio desta pesquisa. A ficha de triagem foi criada, como já citado anteriormente, para minimamente organizar a entrada dos usuários no serviço e começar a delinear os possíveis manejos clínicos. Para que este instrumento auxilie no que se propôs, é preciso que a equipe formalize algumas questões, bem como reveja a real necessidade de alguns itens que compõem essa ficha.

Inicialmente não sabemos se as informações que não são preenchidas não foram questionadas, ou se o paciente não demonstrou interesse em responde-las, ou ainda se não haviam informações relevantes. Nota-se que aqui existem três possíveis encaminhamentos para essa questão. Claro que, na rotina do serviço, mais opções devem existir para que haja essa falta de informação. Além disso, dois prontuários eram antigos demais, não tendo o serviço a ficha de triagem utilizada como ferramenta, o que contribuiu para que em quase todos os itens pesquisados não houvesse o dado real dos 16 sujeitos pesquisados.

Hipoteticamente, a falta de registro pode significar que alguns profissionais não julguem essas informações importantes, e então caberia a reformulação desta ficha de triagem a partir das percepções dos profissionais que tem contato direto com elas. Além disso, itens relacionados aos históricos (familiar, escolar, profissional, forense e médico) parecem menos interessantes do que o preenchimento do estágio motivacional ao qual o profissional percebe o usuário. Cabe aqui ressaltar mais um ponto, qual a relevância inicial dessa informação para o tratamento? A conduta a ser seguida é sempre a mesma, encaminhar para um Grupo Motivacional, para que a demanda seja ouvida e um possível plano terapêutico seja construído, e em seguida a marcação da consulta médica. O que esse dado nos diz?

Como vimos no capítulo anterior, os estágios motivacionais são tributários de uma determinada perspectiva teórica. Embora o modelo transteórico inclua a recaída na explicação sobre a “doença”, parece-nos que os estágios individualizam o problema, tal como faz o diagnóstico da dependência química. Além disso, essa perspectiva parece considerar uma única forma de uso – o abuso ou a dependência. Como toda teoria, ela traz consigo uma ética, atribuição de valores, e acaba influenciando os processos de trabalho e as terapêuticas ofertadas.

Em contrapartida, conforme indicação do Ministério da Saúde (2015), existe um modelo instrumental a ser seguido, o qual inclui questões como histórico de doença, antecedentes, tentativas de suicídio, violências, envolvimento com a polícia, entre outros. Alguns serviços poderão optar por construir um instrumento padrão (modelo) ou não.

Refletindo um pouco, fazemos o engate com o paradigma da abstinência. Esse paradigma se interessa na redução total do consumo de drogas, sem levar em conta a redução de danos como possibilidade terapêutica. Assim sendo, aspectos subjetivos e individuais do sujeito não são preconizados tendo em vista que existe um plano a ser seguido para que a abstinência seja conquistada. Quando notamos que o dado sobre o estágio de motivação parece ser mais importante que as informações referentes à vida do sujeito (histórico profissional, escolar, familiar e etc), deparamo-nos com o paradigma da abstinência, que deve ser entendido como divergente da abstinência enquanto manejo clínico.

A abstinência enquanto paradigma reflete um conjunto de instituições que tem na governabilidade das políticas de drogas o entendimento de que a única opção no tratamento da dependência química seja a abstinência. Esse paradigma não vê outro caminho. Por outro

lado, a abstinência enquanto manejo clínico é necessária em contextos nos quais o usuário se coloca em risco físico e/ou psicológico.

Retomando à ficha de triagem, a falta de preenchimento de itens contidos nela pode ser o reflexo do paradigma da abstinência enquanto direção clínica do CAPS. É importante ressaltar que o serviço conta com um Grupo de Redução de Danos, mas em contrapartida tem todos os outros grupos com enfoque na abstinência. Vale ressaltar ainda que o CAPS, segundo o 5º artigo da portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, orienta-se pelos princípios da Redução de Danos (BRASIL, 2012a). Entretanto, os históricos de internações dos pacientes desta pesquisa não corroboram o seguimento integral desta portaria pelo CAPS, a análise documental quanto a isso é clara.

Uma das primeiras informações, sobre o número de internações do sexo masculino e feminino, merece também nossa atenção. Durante o período de um ano e meio somente uma mulher foi internada judicialmente. Será que as mulheres têm menos problemas com drogas? Ou será que o cuidado da mulher não está sendo colocado como algo tão necessário? Ou ainda, elas têm conseguido se vincular ao CAPS, um ambiente predominantemente masculino? Historicamente a construção do papel social da mulher foi sempre vinculado às tarefas domésticas e ao cuidado da prole. Apesar dos séculos se passarem e algumas mudanças relacionadas ao gênero emergirem, algumas, como a posição da mulher frente ao lar, parecem não ter evoluído tanto.

Durante a realização de um grupo com os pacientes em acolhimento do CAPS, a única paciente mulher ali presente explanou a decisão que havia tomado, iria finalizar o tratamento de 14 dias no CAPS. Logo quando chegou ao serviço, a equipe se mostrava tensa quanto ao desejo que a paciente verbalizava de ir embora logo. Mesmo o acolhimento sendo voluntário, a paciente não queria cumprir o programa de forma integral. O motivo pelo qual a equipe se mostrava preocupada era porque a mulher estava grávida de 22 semanas. Mesmo assim, ninguém compreendia porque ela gostaria de abandonar a desintoxicação. Foi então, neste grupo de acolhidos, que ela relatou que desejava deixar o CAPS pois pensava muito no outro filho. Quase uma semana depois da entrada no serviço, a visita da mãe a tranquilizou quando a mesma afirmou que seu filho estava bem e que não estava sentindo tanta falta da mãe – motivo pelo qual ela queria ir embora.

Este pequeno fragmento do cotidiano do serviço reflete o que as mulheres com sofrimento psíquico enfrentam para além deste aspecto. De que forma mães dependentes químicas estão realizando o tratamento? Caso elas queiram desintoxicar e seguir o

tratamento em uma comunidade terapêutica, quem irá cuidar da casa e dos filhos? Quem ocupa o papel de cuidador da mulher cuidadora? Como Pegoraro e Caldana (2008, p. 89) colocam: “[...] há uma maior tolerância com relação às mulheres no lar, já que a execução do trabalho doméstico a elas encontra-se vinculado”.

Além disso, qual a relação social que existe entre uma mãe que frequenta um CAPS e que já passou por internações e a criação dos filhos? Muitos podem afirmar que a criação destas crianças se torna comprometida, pois a mãe não se encontra em plenas funções físicas e psíquicas para proporcionar um desenvolvimento normal e saudável das mesmas. Certamente o sofrimento psíquico e a dependência química da mulher podem contribuir para que o cuidado com os filhos se torne realmente mais difícil. Questionamos por que essa marca não é tão presente quando fala-se dos pais. Ou, por que os pais não podem auxiliar na criação e desenvolvimento dos filhos para suprir as possíveis faltas desta mãe em sofrimento? E o restante da família (avós, tios)?

Entendemos que a presença da mãe enquanto ser saudável e disponível seja importante no desenvolvimento das crianças, mas, entendemos igualmente, que esse papel não deve ser compreendido somente pela figura materna. Uma hipótese para o número ínfimo de internações femininas sejam as correlações com estes fatores que citamos, afinal quem cuida de tudo enquanto a mãe/esposa estiver afastada?

Outro ponto relevante e que, portanto merece destaque, refere a surpresa quanto à internação feminina. O pedido foi feito pela equipe do serviço pois a paciente estava grávida e fazendo uso recorrente de *crack*. Neste exemplo fica evidente o quanto a maternidade é parte integrante da mulher. Provavelmente, se não estivesse grávida a equipe não teria requerido o pedido de internação compulsória.

A mulher, frente aos serviços de saúde mental, tem papel fundamental. Historicamente, além de cuidadora da família e do lar, é ela quem faz o cuidado deste doente mental, cuidado que se estende da casa até o CAPS. São essas mulheres que ficam responsáveis por levá-los aos serviços, administrar muitas vezes a medicação, frequentar grupos de familiares.

Enfim, são as mulheres, em sua grande maioria, que fazem este elo do cuidado para fora dos muros do CAPS. Reforçando este elo, Pegoraro e Caldana (2008, p. 84) colocam que: “A posição da mulher como representante da família do usuário de serviços públicos de saúde mental no Brasil vem, atualmente, merecendo destaque em várias produções nacionais”. A mãe que leva o filho usuário de *crack* ao serviço se assemelha à esposa que

acompanha o marido alcoolista. E ambas, além de cuidar, ainda suportam toda a bagagem emocional e de sofrimento que a dependência química produz. Questionamo-nos, portanto, se os serviços de saúde mental têm conseguido dar atenção a essas especificidades. Nessa direção, afirmamos o gênero, bem como sua invisibilidade, enquanto uma categoria fundamental no campo da saúde mental.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central deste trabalho foi buscar informações que possibilitassem a construção de um perfil sociodemográfico das internações compulsórias de Santa Cruz do Sul. Este propósito não só foi alcançado, como viabilizou a discussão das internações compulsórias e o uso de drogas a partir da perspectiva midiática. Quanto as relações do perfil encontrado e da vinculação uso de drogas/criminalidade, não foi possível desenvolver profundamente a discussão, mas ressaltamos que este trabalho aponta para questionamentos pertinentes a futuras pesquisas. Uma resposta única e assertiva sobre a eficácia das internações compulsórias igualmente não foi alcançada, porém acreditamos que este trabalho propiciou discussões e reflexões significativas acerca deste tema.

Como objetivo primário deste trabalho, o perfil sociodemográfico encontrado condensou as seguintes características: homens jovens, entre 19 e 30 anos; solteiros, com histórico escolar prejudicado e aproximadamente metade dos usuários sem envolvimento criminal. O uso inicial de SPA médio desta população foi aos 15 anos de idade e metade apresentou, antes do pedido de internação compulsória analisado, internações prévias. Quanto ao comportamento suicida, 25% da população analisada afirmou pensamentos de morte ou tentativas de suicídio, sendo esta mesma porcentagem referente aos usuários que apresentavam histórico familiar de abuso de SPA.

Quanto ao que a mídia pontua como a Epidemia do *crack*, este trabalho mostra que o número de usuários que foram internados pelo abuso de álcool foi maior que os internados devido ao uso de *crack*. Este dado foi discutido ao longo dos capítulos por percebermos certo sensacionalismo e precipitação da mídia quanto ao assunto *crack*. Da mesma forma, dissertamos acerca da personificação que a mesma coloca sobre a droga, tornando-a um “monstro”, quase uma pessoa. Isto é, existe um exagero quanto a potência desta substância. Sabe-se do poder químico do *crack*, mas questões pessoais e de bioquímica cerebral explicam porque alguns sujeitos dependem desta SPA e outros experimentam e não seguem com o uso.

Se fizermos uma análise rápida desta substância, que tem alto poder químico, atrai muitas pessoas e tem efeito efêmero, podemos comparar com a atual sociedade de consumo compulsivo, a qual o prazer imediato é buscado incessantemente. Refletindo assim, o usuário de drogas, não se encontra, em seu desejo, tão longe do restante da sociedade.

No desenvolvimento deste trabalho, a estigmatização foi um ponto forte no recorte de situações e dados que foram apresentados ao longo da discussão. O entendimento de paradigmas, e como os mesmos são apresentados nos meios de comunicação, também ancorou uma parte importante desta produção. A discussão de gênero frente à saúde mental, apesar de breve, ocasionou a reflexão da realidade das mulheres dentro do sistema de saúde. As práticas terapêuticas e os manejos clínicos frente ao paradigma da abstinência foram, igualmente, outros pontos que embasam e transcorreram todo o trabalho.

O debate referente à judicialização da saúde mental coube como um caminho para ponderar acerca dos tipos de manejos clínicos que estamos (re)produzindo enquanto profissionais desta área. Cabe também, a reflexão sobre o atual estreitamento entre a saúde mental e a esfera jurídica, que, em consequência, produz a judicialização.

Entretanto, apesar das discussões feitas, reconhecemos a dificuldade no manuseio dos prontuários. Grande parte dos mesmos não possuíam informações completas, dando margem a diversas hipóteses sobre o motivo da anulação de alguns requisitos. Ademais, identificamos pontos importantes a serem revistos, tanto pelas equipes de saúde, quanto referentes a própria lei. Entendemos que alguns pontos para a triagem são exigidos pelo Ministério da Saúde enquanto requisitos básicos, como por exemplo o histórico judicial, mas continuamos a questionar a real necessidade de alguns destes.

Além da falta de informações nas triagens, constatamos como outra significativa dificuldade a falta de informações no desenvolvimento dos atendimentos dos pacientes. Por vezes, analisamos prontuários que não continham sequer uma nota quanto a internação compulsória efetivada, fato que julgamos imprescindível em qualquer instituição, seja ela de caráter público ou privado.

Ao conseguir produzir o trabalho com a melhor qualidade possível, entendemos que estas observações possam contribuir com o aprimoramento do trabalho desta equipe, bem como todos os demais que trabalhem com saúde, principalmente no campo da saúde mental. Entendemos que este trabalho foi apenas o início de algumas reflexões e acreditamos que possa embasar futuras pesquisas na área de perfil dos usuários de drogas em nosso país, para produzir discussões de alta qualidade referentes a esta questão, assim como a pesquisa realizada pela Fiocruz sobre o perfil dos usuários de crack. O conhecimento acerca de quem são os usuários de drogas do Brasil pode auxiliar na criação e revisão de políticas que abarquem a realidade dessas pessoas.

Além disso, no que concerne ao caráter ético-político deste trabalho, posicionamos enquanto outro movimento instituinte, porém contrário aos movimentos que se utilizam das internações, sejam de que caráter forem, como instrumento-base no tratamento de dependentes químicos. Acreditamos que o tratamento deva dignificar o usuário e não (re)colocá-lo em um subgrupo estigmatizado e marginalizado pela sociedade.

Cientes dos desafios da saúde mental, ainda mais a saúde mental pública, buscamos contribuir com este trabalho no sentido de refletir sobre o que pode estar seguindo para um caminho duvidoso e tentando apontar para pontos-âncora de estratégias no cuidado de dependentes químicos.

Ainda sobre o caráter ético-político deste trabalho, destacamos a oposição ao projeto de lei (PL 7663/2010) do deputado federal gaúcho Osmar Terra. Esse PL se ocupa de mudanças no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas no Brasil. O texto tem forte apelo as modalidades de tratamento visando a abstinência, a partir de internações, inclusive as compulsórias. Nos opomos a esse PL por entender que o tratamento da dependência química via abstinência é uma postura rígida, ultrapassada e que viola os princípios básicos de escolha do sujeito quanto à sua vida. Como referido durante o trabalho, não combatemos as internações, muito menos a extinção das internações compulsórias, mas acreditamos que esta deva ser a última opção no manejo clínico, dando margem a discussões que de fato produzam outras formas de conceber o fenômeno, com mais e melhor produção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADERA, Gustavo. Estágios Motivacionais de Prochaska e DiClemente [online], 2012. Disponível em: <<http://kiai.med.br/2012/04/16/estagios-motivacionais-de-prochaska-e-diclemente-1986/>> Acesso em: 23 set. 2015.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? In: BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Orgs). *Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack*. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 133-147.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 19 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília. s./d. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.
- _____. Ministério Público. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Cartilha Direito à saúde mental*. Brasília. s./d. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/cartilha_direito_saude_mental_final.pdf> Acesso em: 25 mar. 2015.
- _____. Portal do Planalto. *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> Acesso em: 07 abr. 2015.

_____. Senado Federal. Droga já teria chegado à 1.2% da população. *Rev. Em discussão*. Brasília, ano 2, nº 8, ago. 2011. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf> Acesso em: 27 mar. 2015.

BURGIERMAN, D. R.; KIST, C. Crack: tudo o que sabíamos sobre ele estava errado. *Rev. Super Interessante*, São Paulo, ed. 335, p. 36-41, 2014.

REIS, N. B dos.; BASTOS, F.I. Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? Resultados da Pesquisa Nacional sobre Crack 2012. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 133 – 146.

BERTONI, L.; BASTOS, F. I. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 47-69.

CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: como são e como agem. *Rev. IMESC*, n. 3, p. 9-35, 2001.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Rev. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr./jun. 2014. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>> Acesso em: 10 abr. de 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Folder contra a internação compulsória [online]*. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude-mental/publica%C3%A7%C3%B5es/folder-contra-a-interna%C3%A7%C3%A3o-compuls%C3%B3ria/internacao_compulsoria_verso.pdf> Acesso em: 23 mar. 2015.

COSTA, Juliana Martins. *Toxicomania: uma forma de existir?* 2005. 7 f. Trabalho (Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS*. Dispõe sobre o uso de dados de prontuários para fins de Pesquisa. Brasília, 30 set. 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/carta_circular/Uso_de_dados_de_prontuarios_para_fins_de_Pesquisa.pdf> Acesso em: 12 jul. 2015.

COSTA, Alice Albino. *Combate às drogas: Internação compulsória*, 2012. 23 f. Projeto de pesquisa - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DALSENTER, F. B.; TIMI, J. R. R. O embasamento legal do internamento compulsório de dependentes químicos. *Rev. Unicuritiba*, Curitiba, vol. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/485>> Acesso em: 23 mar. 2015.

DUALIBI, L.; RIBEIRO, M. Reabilitação psicossocial e gerenciamento de caso. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento dos usuários de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2012. p. 280 – 293.

FERRAZ, C. E. O. et al. Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários. In: *Rev. Saúde em Debate*: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, São Paulo, vol.37, n.especial, p.32-38, 2013.

FERREIRA E SILVA, Rafael Damasceno. O modelo de Internações Compulsórias em Gravataí e os Direitos Humanos. In: *VII Encontro da ANDHEP – Políticas Públicas para a Segurança e Direitos Humanos*, Faculdade de Direito/USP, 2014, São Paulo. Disponível em:

<http://www.academia.edu/10265201/O_Modelo_de_Interna%C3%A7%C3%B5es_Compuls%C3%B3rias_em_Gravata%C3%AD_RS_e_os_Direitos_Humanos> Acesso em: 02 jun. 2015.

FRANÇA, Genival Luiz de. *Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?* 2012. 61 f. Monografia (Faculdade de Direito de Presidente Prudente - Graduação) – Universidade do Estado de São Paulo, Presidente Prudente, 2012.

FREIRE, P.; HORTON, M. *O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUZZO, R. S. L.; MEZZALIRA, A. S. C.; MOREIRA, A. P. G. Desafios, Ameaças e Compromissos para os Psicólogos: as Políticas públicas no campo educativo. In: OLIVEIRA, I.F.; YAMAMOTO, O. (Orgs.). *Psicologia e Políticas Sociais: temas em debate*. Belém: UFPA, 2014. p. 215-238.

HOLMES, David S. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

KÄMPF, Rodrigo. Crack é usado livremente na Bartholomay. *Gazeta do Sul*, Santa Cruz do Sul, p. 37, set. 2015.

KELTER, P. J.; SILVA, N. T. R. C. Legalidade e finalidade da internação compulsória dos dependentes de crack. *Rev. IDB*, Portugal, ano 3, n. 3, 2014. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2014_03_01885_01909.pdf> Acesso em: 29 mar. 2015.

KESSLER, F.; PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. Porto Alegre, vol.30, n.2, p. 96-98, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>> Acesso em: 29 mar. 2015.

LANCENTTI, Antônio. *Clínica Peripatética*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Rev. Psicol. cienc. prof.* [online]. Brasília, vol.33, n.3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>> Acesso em: 08 out. 2015.

OLIVEIRA, M. da S. et al. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Rev. Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2003, vol.16, n.2, pp. 265-270.

ONOCKO, Rosana Campos. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

PASQUALI, Luiz. *Análise Descritiva de Dados de Pesquisa*. Disponível em: <<http://www.psi-ambiental.net/pdf/PasqCap02.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2015.

PASSOS, E. H; SOUZA, T.P. Redução de Danos e Saúde Pública: Construções Alternativas à Política Global de “Guerra às Drogas”. *Rev. Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, vol.23, n.1, p. 154-162, 2011.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Rev. Saúde soc.* 2008, vol.17, n.2, p. 82-94.

RAUPP, L.; ADORNO, F. de C. R. Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev. Saúde soc.* 2015, v. 24, n. 3, p. 803-815.

LARANJEIRA, Ronaldo. Bases do tratamento da dependência de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Artmed, 2012. p. 23-29.

RIBEIRO, M.; DUAILIBI, L.; PERRENOUD, L. O. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: *O tratamento do usuário de crack*, São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 90-113.

RODRIGUES, Thiago. Política de Drogas e a Lógica dos Danos. *Rev. Verve*, São Paulo, vol. 3, p. 257-277, 2003. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4947/3495>> Acesso em: 20 abr. 2015.

ROMANINI, Moises. *Mídia e ideologia: um estudo sobre a epidemia do crack*. 2009. 77 f. Monografia (Centro de Ciências Sociais e Humanas – Curso de Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

ROMANINI, M.; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas públicas. *Rev. Polis e Psique*, Porto Alegre, vol. 4, n. 2, p. 206-229, 2014.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia, ideologia e cocaína (Crack): produzindo “refugio humano”. *Rev. Psico-USF*, Bragança Paulista, vol. 18, n. 3, p. 373-382, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n3/a04v18n3.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2015.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, vol. 32, n. 1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007> Acesso em: 25 abr. 2015.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Miatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Rev. Interface*, Botucatu, vol.18, n.49, p. 363-376, 2014.

SENIOR, A. T. FREITAS de. *Vocabulário Jurídico*. Ed. Livreiro: Rio de Janeiro [online], s./d.

SIGMUND, Freud. *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

SGARIONI, Mariana. Maconha é a porta de entrada para as drogas mais pesadas. *Rev. SuperInteressante* [online]. São Paulo, ed. 271a, 2009. Disponível em:

<<http://super.abril.com.br/comportamento/maconha-e-a-porta-de-entrada-para-drogas-mais-pesadas>> Acesso em: 08 jun. 2015.

ZACHARIAS, D. G. et al. *Familiares de usuários de crack: da descoberta aos motivos para o uso da droga*. IV Jornada de Pesquisa em Psicologia, Santa Cruz do Sul, 2011.

WURDING, K. K; MOTTA, R. F. Representações Midiáticas da Internação Compulsória de Usuários de Drogas. *Rev. Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, vol. 22, n. 2, p. 433-444, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2014000200014&script=sci_arttext> Acesso em: 15 abr. de 2015.

ANEXO 1

Santa Cruz do Sul, 22 de Junho de 2015.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “Consumo de Drogas e Internação Compulsória: construção de um perfil sociodemográfico de usuários de um CAPS AD III”, desenvolvido pela acadêmica Carolina Schneider do Curso de Psicologia (3025), da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor Moises Romanini, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no CAPS AD III “SuperAção” Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária. Informamos que a presente pesquisa será realizada a partir da coleta e análise de informações obtidas através dos prontuários dos usuários do serviço, primando pelo sigilo dos mesmos conforme Resolução CNS 196/96.

Atenciosamente,

Marcos Vanderlei Nunes Santos
Coordenador Técnico
Enfermeiro - Coren 336033
Caps AD III - Santa Cruz do Sul-RS


Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO 2

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Título da Pesquisa: Consumo de Drogas e Internação Compulsória: construção de um perfil sociodemográfico de usuários de um CAPS AD III

Pesquisador (a) Responsável: Moises Romanini

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul

Telefone e e-mail de contato: (051) 82934903 – Email: moisesromanini@unisc.br

Eu, pesquisador responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** e em suas complementares.

Assumo o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletados no(s) prontuário(s) do(s) sujeito(s) da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Assumo ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul**, pelo que assino o presente termo.

Santa Cruz do Sul, 22/06/2015.



Pesquisador responsável
Prof. Ms. Moises Romanini
Departamento de Psicologia UNISC

ANEXO 3
Tabela de Dados – Perfil Sociodemográfico

INFORMAÇÃO	DADO COLETADO
SEXO	
IDADE	
ESTADO CIVIL	
ENDEREÇO (ZONA/BAIRRO)	
FAZ USO DE QUAL SPA (SUBSTÂNCIA PSICOATIVA)	
QUANDO COMEÇOU	
TEMPO DE CAPS	
ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO	
ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO	
COMPORTAMENTO DE RISCO 1) Se a vida vale 2) Risco para si 3) Risco para os outros	
HISTÓRICO FAMILIAR	
HISTÓRICO ESCOLAR (evasão, repetência, etc)	

HISTÓRICO PROFISSIONAL (demissões, faltas, etc)	
HISTÓRICO FORENSE/QUAL	
HISTÓRICO MÉDICO	
OUTROS TRATAMENTOS REALIZADOS	
HISTÓRICO DE INTERNAÇÕES 1) Voluntária 2) Involuntária 3) Compulsória	
DURAÇÃO E QUANTIDADE DA(S) INTERNAÇÃO (S)	
O PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA (2014) FOI ATENDIDO	

ANEXO 4



Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul
 CAPS AD III – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ALCOOL E OUTRAS DROGAS III
 Rua Marechal Floriano, 1592 - Centro - Santa Cruz do Sul - Fone (51) 37133103 - 37131851

AVALIAÇÃO

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____ Nº Prontuário: _____

Dados de identificação:

Nome: _____
 Apellido: _____ Data Nasc.: ___/___/___ Idade: _____
 Sexo: () F () M Estado Civil: _____ Cor: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Ponto de referência: _____
 Telefone residencial: _____ Celular: _____ P/ recados: _____
 Profissão: _____ Local de trabalho: _____
 Nome da mãe: _____ Fone: _____
 RG: _____ CPF: _____
 Cartão SUS: _____

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO:

() Plantão de Urgência () PSF / Posto de Saúde _____
 () CAPS ia () CAPS II () Demanda Espontânea
 () Outra Unidade / Qual ? _____

Hipótese diagnóstica:

HISTÓRICO DO CONSUMO

Idade/ Situação - Primeira vez que o paciente usou:

Uso de drogas:

() maconha; () cocaína; () crack; () cola; () anfetaminas; () lança perfume; () álcool;
 () loló; () LSD; () psicotrópicos; () tabaco; () drogas injetáveis _____
 () outras: _____

DROGA(S) DE PREFERÊNCIA? _____

Rotina de uso:

Com que frequência e qual a quantidade? Uso direto por alguns dias, sem dormir sem comer? Qual seu padrão de recaída ?

Quando começou o padrão atual? Quando percebeu que o uso de drogas estava causando problemas?

Já conseguiu ficar algum tempo sem usar? () sim () não Como foi? Quanto tempo/ alguns dias/semanas/meses? _____

Última vez que usou? _____

Sinais e Sintomas de Dependência Química

- | | |
|--|---------------------------------------|
| () Empobrecimento do repertório | () Relevância do beber |
| () Aumento da tolerância | () Prejuízo nas rotinas |
| () Alívio ou esquivas dos sintomas de abstinência através do uso de mais substância | () Percepção subjetiva da compulsão |
| () Reinstalação rápida da tolerância após quebra da abstinência | () Sintomas repetidos de abstinência |

SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| () Tremor | () Cefaleia |
| () Suor | () Insônia |
| () Náusea/vômito | () Mal-estar/ fraqueza |
| () Taquicardia/hipertensão | () Alucinação |
| () Agitação psicomotora | () Convulsão |
| () Irritabilidade | () Outros _____ |
-

ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO

- | | | |
|----------------------|------------------|----------|
| () Pré-contemplação | () Contemplação | () Ação |
| () Manutenção | () Recaída | |

COMPORTAMENTO DE RISCO

Já pensou alguma vez que a vida não vale a pena? () SIM () NÃO

Risco para própria pessoa

- () Nega
 () Ideias suicidas
 () Ameaças de suicidas
 () Plano de suicídio
 () Tentativa de suicídio
 () Histórico familiar de suicídio
 () Pensamento de morte

Risco para os Outros

- () Nega
 () Pensamento de ferir alguém
 () Ameaça de ferir alguém
 () Plano de matar alguém
 () Tentativa de ferir alguém
 () Agredir alguém
-

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Idade	Parentesco	Instrução	Profissão	Mora Junto/Local

História Pessoal

Infância (doenças, separações dos pais, pobreza, traumas, lembranças):

História escolar (evasão, vínculos, expulsões, aproveitamento):

Relacionamento

	Sim	Não	Obs
Parceiro sexual fixo			
Já se separou por causa da bebida/droga			
O parceiro também tem problema SPA			

Histórico Familiar de uso de SPA

Doenças ou falecimentos familiares por complicações relacionadas com SPA:

Histórico Profissional

Empregos / Ocupações anteriores

() Demissões frequentes () Uso durante expediente () Atrasos frequentes () Faltas

Histórico forense

Já se envolveu em: () Assalto () Roubo () Furto () Homicídio () Tráfico
() Agressões () Outros _____ () Não
Já esteve preso? _____ Período: _____
() Cumprimento de Liberdade Assistida. Porque? _____

História Médica

História mórbida pregressa (diagnósticos anteriores, doenças crônicas)
() hepatite viral () HIV () tuberculose () DM () HAS/Cardiopatia () DBPOC
() tabagismo () doença da tireóide

Medicações em uso

Histórico de Internações relacionadas à SPA:

Sintomatologia

Encaminhamentos

Assinatura do técnico entrevistador

Informações sobre o Tratamento a terceiros

Santa Cruz do Sul, ____ / ____ / ____

Eu, _____

() Não autorizo divulgação sobre meu(s) diagnóstico(s) e tratamento.

Assinatura do Paciente

() Autorizo as seguintes pessoas a obterem informações sobre meu(s) diagnóstico(s) e tratamento:

Assinatura do Paciente

SANTA CRUZ ■ Usuários com cachimbos é cena comum também no trevo para Vera Cruz. Prefeitura tenta reduzir o número de viciados

Crack é usado livremente na Bartholomay

Problema antigo

A venda de crack dentro dos limites do Bairro Bom Jesus é um problema antigo em Santa Cruz do Sul. Em 2009, os efeitos causados pela droga levaram traficantes que atuavam no bairro na época a anunciarem que não a venderiam mais – sob risco de perderem consumidores. Em uma reunião com moradores, foi definida inclusive uma data para que a venda ilegal fosse restrita a maconha e cocaína. As principais motivações foram os danos à saúde dos usuários causados pelo crack e a crescente incidência de furtos. Apesar disso, até hoje essa droga é vendida e utilizada nas ruas do Bom Jesus.

Bruno Pedry



■ Consumo do entorpecente no trevo do Bom Jesus e imediações é feito à luz do dia e sem restrições



DROGAS

O território do crack na Gaspar Bartholomay

Consumo ocorre livremente também no trevo do Bom Jesus. **Página 37**

Rodrigo Kämpf

✉ rodrigokampf@gazetadosul.com.br

No final de uma tarde ensolarada do inverno santa-cruzense, cerca de dez pessoas aguardam o ônibus em uma parada na Rua Gaspar Bartholomay, no Bairro Bom Jesus. Entre elas, encontram-se crianças correndo e brincando, uma senhora lendo uma revista, alguns mexendo em seus smartphones e outros apenas olhando atentamente para o horizonte, esperando ver o veículo coletivo chegar. Essa cena pode parecer normal para muitos. E de fato ela é. Porém, na mesma calçada, a poucos metros de distância, outra imagem também tornou-se comum para quem passa pela via e pelo trevo que fica logo à frente. Três homens sentados em um muro compartilham um cachimbo de crack e, escorada em um poste, uma mulher usa a mesma droga, sozinha e carregando uma mochila de criança.

Como a parada de ônibus lotada em um final de tarde qualquer, a cena dos usuários de crack também se repete diariamente e é vista por qualquer um que transita pela Gaspar Bartholomay ou pelo trevo do Bom Jesus. Pessoas já conhecidas na região se reúnem para fazer uso da droga livremente em via pública.

Esse é o caso de três homens, aparentando ter entre 20 e 30 anos, que estão em silêncio sentados no muro próximo à parada de ônibus. Dois deles olham atentamente o outro, que acende o cachimbo. Ao ver que estavam sendo observados, eles viram a cara. O consumo, porém, continua. Logo a droga é passada de mão em mão. Quando

notam a presença de uma câmera fotográfica, levantam-se lentamente e seguem até um terreno baldio próximo, sumindo de vista.

Metros depois, no trevo, uma mulher está sentada sozinha em uma pedra observando o trânsito com o cachimbo em mãos. Quando vê a reportagem da **Gazeta do Sul**, se vira, dá mais uma tragada na droga e levanta-se para ir embora. Segundo relatos, algumas das consumidoras de crack das redondezas são vistas oferecendo programas sexuais às margens da BR-471.

Moradores e trabalhadores já se acostumaram com a tal cena e tratam o assunto com naturalidade. Um empresário estabelecido na área confirma que todos os

dias, a qualquer hora, é possível encontrar uma ou mais pessoas fumando crack. Porém, ressalta que não tenta combater esse problema social por não representar risco algum para os seus negócios. Relata que, durante mais de um ano em que está instalado nesse ponto, os usuários da droga nunca ofereceram risco para clientes e funcionários.

A Prefeitura confirma a situação e garante que tenta amenizá-la. O trabalho envolve uma parceria entre secretarias e órgãos sociais da cidade. Segundo o secretário de Saúde, Henrique Hermany, existem três pontos críticos em Santa Cruz onde encontra-se um maior número de

pessoas em situação vulnerável: Bom Jesus, Travessa Krug, na Pedreira, e o Bairro Schultz. “Nossa avaliação é de que, apesar da gravidade, indica-

tivos apontam uma redução no número de usuários. Mesmo assim, seguimos encarando de frente o problema”, afirma.

Hermany admite que não existe uma fórmula para se combater o crack e, portanto, a Prefeitura tenta encontrar meios eficientes de minimizar o problema. Duas dessas formas são a Ronda Social, um trabalho permanente que percorre as ruas para recolher pessoas em vulnerabilidade social, e os redutores de danos.

Esse projeto, em específico, tem visado sobretudo os usuários de crack. Desde março deste ano, os redutores buscam colocar em prática ações que minimizem os danos associados ao uso de drogas em pessoas que não conseguem ou não querem parar de

Os redutores buscam minimizar os danos do uso de drogas em pessoas que não conseguem ou não querem parar de usá-las

Novos projetos se juntam ao combate

Outros projetos já estão prontos para ganhar as ruas da cidade para tentar controlar este “mal do século”. Um deles, conta o secretário Henrique Hermany, é o Consultório de Rua, que deve entrar em ação já neste mês de setembro. “Trata-se de um veículo que, uma vez por semana, vai aos pontos críticos com uma equipe médica para tratar pessoas que estejam doentes”, conta. A secretaria também vai distribuir folhetos instruindo a população sobre como lidar com usuários de crack e outras drogas.

O trabalho, que envolve principalmente as Secretarias de Saúde e de Inclusão, Desenvolvimento Social e Habitação, também integra toda a rede do município: Estratégia de Saúde da Família (ESFs), Centros de Atendimento Psicossocial (Caps), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais secretarias. Qualquer pedido de ajuda ou denúncia pode ser feita para a Guarda Municipal pelo 153. “Temos cerca de 50 pessoas trabalhando nessa luta. Mas lidamos também com muito preconceito da sociedade. Precisamos da comunidade ao nosso lado para ajudar essas pessoas e melhorar nossa cidade”, afirma Henrique Hermany.

usá-las. O programa está vinculado ao Caps AD e busca dar atenção integral ao paciente. “Temos 12 leitos à disposição de usuários para sua desintoxicação. Cada pessoa em situação de vulnerabilidade social pode ficar internada por 15 dias com total assistência e, depois, segue para alguma clínica”, explica Hermany.

Portanto, ao invés de se concentrar na busca de uma total abstinência, o esforço do redutor de danos passou a ser calcado mais fortemente nos vínculos com os pacientes e na realização de um trabalho de acompanhamento a longo prazo. “É um trabalho difícil e permanente. Os profissionais vão até os locais onde estão os viciados e tentam conversar, convencê-los de seguir o trata-

mento.”

O resultado, até o momento, é positivo. Apesar de existirem ainda muitas situações graves, o secretário de Saúde destaca vários casos de pessoas que foram tratadas e puderam voltar a ter uma vida normal. “Há pessoas que já passaram 20 vezes pelo Caps e ainda tiveram recaídas. Mas não desistiremos de ninguém”, afirma. ■



(51) 2106.1555

ASSALTOS

Sexta-feira tem mais registros de roubo em S. Cruz

Três estabelecimentos comerciais foram alvo da ação de assaltantes nessa sexta-feira em Santa Cruz do Sul. Na parte da manhã, um posto de combustíveis localizado na Avenida Castelo Branco, próximo ao pórtico de entrada da BR-471, passou pelo seu segundo roubo no ano.

Por volta das 11 horas, um frentista, que estava sozinho no local no momento do assalto, foi rendido por uma dupla armada. Ele entregou uma pequena quantia em dinheiro que havia no caixa. De acordo com a Brigada Militar, os dois homens estavam em uma Titan vermelha e usavam capacetes.

Já no começo da noite, outros dois lugares foram atacados. O primeiro caso aconteceu por volta das 18h15, quando dois homens armados teriam assaltado uma loja de roupas localizada na Rua Vereador Ottmar Muench, no Bairro Ana Nery. Um cliente também teve seus pertences levados. Os bandidos teriam fugido em uma motocicleta.

O segundo caso foi registrado em um minimercado na Avenida Euclides Kliemann pouco tempo depois. Mais uma vez, dois homens armados, a bordo de uma motocicleta, entraram e cometeram o assalto. O valor levado pelos criminosos não foi divulgado. ■