

**Autorização concedida ao Repositório Institucional da Universidade de Brasília (RIUnB) pelo Coordenador Geral do VIII GeoSaúde, em 08 de agosto de 2017, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 Internacional, que permite copiar, distribuir, publicar e criar obras derivadas desde que estas façam parte da mesma licença e que o autor e licenciante seja citado. Não permite a utilização para fins comerciais.**

Anais do VIII GeoSaúde



VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde  
V Fórum Internacional de Geografia da Saúde

Tema:  
Saúde na Fronteira e Fronteira(s) na Saúde

27 de junho a 01 de julho de 2017

Dourados, MS – Brasil

*Editores*

Adeir Archanjo da Mota  
Claudia Marques Roma  
Raul Borges Guimarães

**UFGD**  
Universidade Federal  
da Grande Dourados

associação  
dos geógrafos  
brasileiros  
**agb**  
Seção Dourados

unesp 

## **DADOS CATALOGRÁFICOS**

VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde  
V Fórum Internacional de Geografia da Saúde  
Dourados - MS, 27 de junho a 01 de julho de 2017

### **Publicado por:**

Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)  
Grupo de Pesquisa Saúde, Espaço e Fronteira(s) – GESF  
Rodovia Dourados/Itahum, Km 12  
CEP: 79804970  
Dourados - MS - Brasil  
Tel.: (67) 3410-2268  
E-mail: gesf.ufgd@gmail.com

### **Edição do Livro Digital**

Adeir Archanjo da Mota

### **Capa dos Anais do VIII GeoSaúde (Criação e Arte Final)**

Ângelo Franco do Nascimento Ribeiro  
Laura Gondim Nunes Martins Araújo  
Rafael de Abreu

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (8.: 2017 : Dourados – Brasil)  
Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde,  
Dourados, MS, 27 de junho a 01 de julho de 2017 / editado por Adeir  
Archanjo da Mota, Claudia Marques Roma, Raul Borges Guimarães,  
Dourados, MS: UFGD/ GESF, 2017.

ISSN: 1980-5829

Organização: Grupo de Pesquisa Saúde Espaço e Fronteira(s) - GESF  
Realização: Universidade Federal da Grande Dourados, Associação de  
Geógrafos Brasileiros – Seção Dourados, Universidade Estadual Paulista.

1. Geografia. 2. Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Geografia da Saúde.  
I. Mota, A. A., II. Roma, C. M. III. Guimarães, R. B. IV. Título.

CDU 911:614

Copyright © 2017 UFGD

Todos os direitos reservados



## CRACK EM CIDADES GÊMEAS: O QUE EXISTE E NÃO SE REVELA

### CRACK COCAINE IN TWIN CITIES: THAT WHAT EXISTS AND IT'S NOT UNCOVERED

Maria das Graças Rojas Soto  
gracyrojas@fiocruz.br  
Fundação Oswaldo Cruz

Cássia Barbosa Reis  
cassia@uems.br  
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

Verônica Fabíola Rozisca  
verozisca@gmail.com  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Rivaldo Venâncio da Cunha  
fivaldovc@fiocruz.br  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Fundação Oswaldo Cruz

#### Resumo

O crack é um problema de saúde pública no Brasil, consumido em 98% dos municípios. No Paraguai, em dois anos houve aumento de 95,4% no tratamento de usuários de crack. Ponta Porã/MS e Pedro Juan Caballero/Paraguai são cidades-gêmeas cujo atendimento em saúde mental funciona em interdependência. Do lado brasileiro, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) recebe usuário e família independente de nacionalidade ou cadastro no sistema do Cartão Nacional de Saúde. Este estudo objetivou identificar características sociodemográficas do usuário de crack em tratamento das cidades gêmeas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com famílias de usuários de crack cadastradas no CAPS AD de Ponta Porã/MS, em 2014, com dados submetidos ao método de análise do discurso. Descartaram-se 67% dos prontuários da amostra pela impossibilidade em localizar os pacientes porque domicílio no Paraguai não é informado. Os usuários de crack em tratamento são brasileiros (90%), maiores de idade (100%), falam português (90%), utilizam SUAS (60%), buscaram o serviço espontaneamente (85%), usam álcool (90%), sofreram violência (70%), não possuem problemas de saúde (40%). Conclui-se que as inconsistências no cadastro e a dificuldade de abordagem dos pacientes paraguaios, influenciam no conhecimento sobre a realidade do crack na fronteira. Falhas no encaminhamento da rede pública de proteção tornam os usuários ainda mais invisíveis. Crack, álcool e violência não são percebidos como problemas de saúde. Registros equivocados e subnotificação oficial dificultam a obtenção da identificação do usuário de crack em tratamento na cidade gêmea e consequentes políticas de intervenção.

**Palavras-chave:** crack, cidades gêmeas, fronteira, acessibilidade.

#### Resume

Crack cocaine is a public health problem in Brazil, consumed in 98% of municipalities. In Paraguay, in two years there was a 95.4% increase in the treatment of crack users. Ponta Porã/MS and Pedro Juan Caballero/Paraguay are twin cities whose mental health care works in interdependence. On the Brazilian side, the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center (CAPS AD) receives user and family independent of nationality or register in the National Health Card system. This study aimed to identify sociodemographic characteristics of crack cocaine users in treatment of the twin cities. This is a qualitative research, with semi-structured interviews with families of crack cocaine users registered in the CAPS AD of Ponta Porã/MS, in 2014, with data submitted to the discourse analysis method. Sixty-seven percent of patient's files were excluded due to the impossibility of localizing patients because residence in Paraguay is not informed. Crack cocaine users undergoing treatment are Brazilian (90%), of age (100%), portuguese speaking (90%), user of SUAS (60%), spontaneously seeking service (85%), alcohol user (90%), suffered violence (70%), have no health problems (40%). It is concluded that the inconsistencies in the registers and the difficulty of approaching Paraguayan patients, influence the knowledge about the reality of crack cocaine at the border. Failures in the public protection network referrals become users even more invisible. Crack, alcohol and violence are not



perceived as health problems. Wrong records and official underreporting make it difficult to identify crack cocaine users in treatment in the twin city and consequent intervention policies.

**Keywords:** crack, twin cities, frontier, accessibility.

## Introdução

### O Crack na América do Sul, no Brasil e no Paraguai

A demanda por cocaína tem aumentado em alguns países da América do Sul e, particularmente, no Brasil. Em 2010, a cocaína e o crack eram consumidos por 0,3% da população mundial (13.200.000 pessoas), atingindo todos os estratos sociais. Nas Américas, 7.380.000 pessoas consumiam tais drogas, com prevalência de uso na América do Sul de 0,7% (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

Os primeiros registros sobre o consumo da droga no Brasil são do começo da década de 90. Em 1990, 17% dos pacientes atendidos em duas clínicas para dependentes químicos de São Paulo consumiam crack; este percentual aumentou para 64%, em 1993 (DUNN et al., 1996). Segundo o último levantamento nacional realizado, o crack figura entre as 10 drogas mais consumidas no país. O inquérito realizado em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal revelou, em 2012, a existência de 370 mil usuários de crack nas capitais brasileiras (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Segundo Bastos (2012) vivemos atualmente uma emergência na saúde pública em relação ao crack, compreendendo esta afirmação em duas dimensões: o fato desta problemática vir à tona com tanto impulso e a urgência de reposta que isto requer. O Brasil se tornou o maior mercado mundial no consumo de crack (LARANJEIRA, MADRUGA, PINSKY, MITSUSHIRO, CAETANO; 2014).

Poucos são os dados existentes sobre o uso de crack no Mato Grosso do Sul, grande parte refere-se à Região Centro-Oeste. No V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino, realizado nas 27 capitais brasileiras, a porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual na Região Centro-Oeste com uso de crack no mês, foi de 0,5% (GALDURÓZ et al., 2005). A pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, revelou o Centro-Oeste como a região com o maior percentual de pessoas que informaram o uso de drogas ilícitas: 9,3% afirmaram consumir maconha, crack, cola, loló, lança-perfume e/ou ecstasy. Nas capitais da região Centro-Oeste foi evidenciado um número de consumidores de crack correspondente a 47% dos indivíduos que fazem uso de drogas ilícitas - 51 mil pessoas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Situação não muito diferente é registrada no Paraguai, país vizinho cujo levantamento da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) apontou que, em 2012, 45% dos atendimentos a usuários de drogas ilícitas realizados nos centros de tratamento de dito país eram de consumidores de crack. De 2013 a 2015, houve um aumento de 95,4% nestes atendimentos relacionados ao crack, principalmente em jovens e adolescentes em situação de rua, sendo que 60% deste aumento se deu em 2014. O Centro Nacional de Control de Adicciones aponta consumo de crack em 80% das pessoas em situação de rua (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD, 2015).

O estudo realizado pelo Observatório Paraguaio de Drogas e Secretaria Nacional Antidrogas, em 2014, com estudantes da rede pública e particular, de 12 a 17 anos, em cidades com mais de 30.000 habitantes, abrangendo 08 estados, revelou a cocaína como a segunda droga mais consumida no país (excluindo álcool e tabaco), e o crack entre as 10 drogas mais consumidas. A pesquisa apontou 1,0% desta população com consumo alguma vez na vida e 0,3% com uso de crack no mês, sendo a maior porcentagem constatada entre os estudantes de escolas públicas (OBSERVATORIO PARAGUAYO DE DROGAS; SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS; 2015). Contrapondo estes dados ao levantamento anterior, realizado em 2005, em que a porcentagem de estudantes que fez uso de crack em algum momento da vida foi de 0,3%, esta vem sendo considerada a droga do momento (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS; UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE ASUNCIÓN, 2006; OBSERVATORIO PARAGUAYO DE DROGAS; SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS; 2015).



### **Acordos de Integração de Países Vizinhos**

Para tratar da integração entre países vizinhos foi criado o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), em 1991, tendo firmado o Tratado de Assunção, naquele momento, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai (JAEGER, 2003). Em princípio, foi concebido como uma integração econômica, constituindo uma união aduaneira que visava no futuro à formação de um mercado comum. Embora tenha surgido com objetivos claramente econômicos e carecendo de uma dimensão social, esta integração buscada implica numa abertura das fronteiras que permite o trânsito populacional movido pela busca de serviços, bens e trabalho. A dificuldade encontrada pelo MERCOSUL em relação à livre circulação de pessoas se deve à heterogeneidade socioeconômica entre os países e a baixa institucionalização sociolaboral (MURRO-OBBERLIN, 2004; SANT'ANA, 2001). No entanto, na década de 90, o processo de integração adquiriu uma nova perspectiva na área social com a criação de medidas legais e acordos com respeito à educação, seguridade social, trabalho, indicadores sociais e integração fronteiriça (DRAIBE, 2007).

Nas regiões de fronteira, há um grande fluxo de estrangeiros em busca de tratamento em território brasileiro, pelas características do sistema de saúde público do Brasil (gratuidade, acesso universal, cobertura integral), sobrecarregando o atendimento na área de saúde. Este número não é contabilizado no cálculo do repasse de verbas para o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia no contingente populacional do município. Atendendo a esta realidade, o Ministério de Saúde do Brasil criou, em 2005, o Programa Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) visando fixar uma compensação financeira aos municípios da fronteira internacional que recebem pacientes dos países vizinhos e melhorar o atendimento à população (BRASIL, 2005). Isto deu início a um novo capítulo para as políticas de saúde em cidades fronteiriças. O Programa baseava-se em ações de diagnóstico de saúde nos municípios limítrofes e planejamento de acordos de cooperação entre os países fronteiriços, porém o repasse recebido pelos municípios de fronteira foi considerado por estas insuficiente para o cumprimento das ações propostas. Em 2014, o SIS-Fronteiras concluiu a implementação das ações previstas anteriormente e o repasse de incentivo financeiro aos municípios de fronteiras (BRASIL, 2014).

Com relação aos trabalhos conjuntos sobre narcotráfico, farmacodependência, prevenção e repressão de tráfico, controle fronteiriço, o Paraguai tem um projeto, para 2017, de reativação de convênio com o Brasil visando impulsionar as propostas de cooperação mútua e fortalecer as relações existentes (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2016).

### **Cooperação nas Cidades-Gêmeas**

O Brasil possui fronteira com o Paraguai em dois estados: Paraná e Mato Grosso do Sul. Neste último, totalizam 12 cidades, das quais 07 são consideradas cidades-gêmeas. São assim definidos os municípios limítrofes com sedes conurbadas ou semi-conurbadas, com grande fluxo de pessoas e interação entre as cidades, com elevado potencial de integração econômica e cultural, conectadas por meio terrestre ou fluvial, ligadas ou não por obra de infraestrutura. As cidades-gêmeas têm importância reconhecida na integração fronteiriça e sulamericana e demandam políticas públicas específicas (BRASIL, 2016).

Espaços de grande trânsito transfronteiriço facilitam a vulnerabilidade das populações pois se, por um lado, têm elas à sua volta os serviços, produtos e recursos humanos de dois ou mais países, por outro, somam-se, também, as dificuldades de ambos os países – tráfico de drogas, violência, migração, entre outros. Sem uma legislação que facilite as trocas fronteiriças, estas terminam por se dar, invariavelmente, na informalidade, atendendo às necessidades do momento.

O tipo de interação e a intensidade desta, assim como a permeabilidade existente, não é a mesma em todas as fronteiras, variando em função de fatores como condições físicas - climáticas ou geográficas - demográficas, sociais, econômicas e culturais (PEITER, 2007). Assim também, variam os acordos informais que são realizados para superar as dificuldades e estabelecer oportunidades que se apresentam nesta proximidade de dois países.

Euzébio (2014) aponta o descompasso que ocorre na integração entre as decisões políticas assinadas no âmbito diplomático e o tempo até que esta seja realizada no lugar a que se destina. A inércia nos trâmites burocráticos faz com que se percam oportunidades fundamentais no atendimento às necessidades da população fronteiriça. Segundo o mesmo, isto reflete na existência do que ele denominou de uma "integração por cima" realizada na esfera política dos países, e uma "integração por baixo", fluida e ágil, marcada pelo tempo do cotidiano e da imediatez. Esta última, para o cidadão fronteiriço, é a que permeia o seu dia-a-dia.



As interações cotidianas ocorrem em todas as dimensões, seguindo a mesma lógica, que é suprir as necessidades. No comércio esse trânsito é marcado pela busca por melhores preços. Alguns produtos são ofertados apenas de um lado da fronteira, enquanto outros são encontrados em ambos os lados e, conforme o momento econômico de ambos os países, por vezes convém mais consumi-los de um lado ou do outro. Na fronteira Brasil-Paraguai é grande a procura pelos produtos do comércio no Paraguai, onde se pode comprá-los com melhor preço devido às regras tarifárias do país, origem da importação ou taxas de câmbio. Com relação ao comércio local fronteiriço para consumo pessoal não se observam conflitos legais.

As relações afetivas não conhecem linha divisória. As interações afetivo-emocionais são uma constante, sendo raras as famílias sem nenhum cidadão da nação vizinha que as integre. Esta integração garante a miscigenação cultural, de hábitos, valores, culinária e folclore, dentre outras, formando uma característica regional.

É em relação aos serviços públicos e garantia de direitos que se encontram as maiores dificuldades no momento da cooperação, onde a legalidade não alcança a necessidade, e onde se entra do campo da possibilidade, da pessoalidade, dos conflitos, da bioética. Esta cooperação, que não pode constar nos papéis tal qual se dá, pois que não está prevista nas leis regulatórias de ambos os países, no entanto, acontece, porém não é registrada, não gera número, não é computada, e, assim, não é sentida como necessidade pelos centros decisórios do país, que sequer chegaram a conhecê-la. Está estabelecido um moto-contínuo. Serviços requerem recursos financeiros e técnicos, que são repassados ao município pelo Estado, que para isto se baseia nas necessidades apontadas. Isto se dá principalmente na área da saúde e da assistência social, para cujo amplo acesso o fronteiriço carece de uma garantia legal de cooperação mútua.

Este é um dos fatores para a recusa de atendimento do fronteiriço que não tem documentação brasileira: não há recursos suficientes para além daqueles documentados e programados. A procura, e o atendimento, do fronteiriço estrangeiro, quando acontece, fica invisível. Outro, evidente, é a falta de domicílio no Brasil do próprio cidadão brasileiro, que, por facilidades e vantagens econômicas, decide residir no país vizinho. E aqui se vai de encontro à contradição da fronteira. Segundo Oliveira (2005) a necessidade e o desejo são “de um lado, avançar sobre os limites da legislação civil, fiscal e normativa; do outro, ao mesmo tempo, preservar os seus”. É neste momento que tão claramente, na fronteira, se fala de nacionalidade, como uma dualidade que se sabe, mas não se sente.

A heterogeneidade dos sistemas de saúde das cidades gêmeas em relação a concepção, gestão e financiamento que são apontados no estudo de Silva Neto (2010), na fronteira Norte, também é constatada na Fronteira Brasil-Paraguai. Estas diferenças entre os sistemas de saúde dificultam a utilização da rede de serviços pelos cidadãos fronteiriços e não colaboram para o possível aproveitamento das complementaridades entre os países.

As cidades gêmeas Ponta Porã e Pedro Juan Caballero são apontadas como umas das mais porosas do Arco Central (segundo a estratificação geográfica proposta por Peiter (2007), considerando os padrões de produção e distribuição das doenças e dos serviços de saúde), com intensa circulação transfronteiriça e problemas relacionados ao tráfico de drogas, contrabando e violência que impactam o atendimento em saúde na região (PEITER, 2007).

Com relação a serviços, nestas cidades quase sempre a grande procura se dá no Brasil, devido às políticas públicas melhor estruturadas. Muitos cidadãos fronteiriços recorrem às escolas brasileiras, alegando melhor educação e condições de estudo. Já em relação ao ensino superior, é grande a busca no país vizinho, devido às facilidades de ingresso e custeio. O mesmo se dá com relação à Saúde, em que se tem preferência por hospitais, centros de atendimento públicos, médicos e exames no Brasil. No momento de necessidade de hospitais privados e produtos farmacêuticos recorre-se ao país vizinho devido ao custo, muitas vezes ainda, sem sacrificar a escolha do profissional médico, que atende em hospitais de ambos os países. Na área da Assistência Social, as políticas sociais encontram-se mais fortalecidas no Brasil, voltando-se o fronteiriço para este lado da fronteira.

Este artigo é parte de uma pesquisa mais ampla denominada “Papel da dinâmica familiar no consumo do crack: aspectos socioculturais, demográficos e psicossociais”, cujo objetivo foi compreender o papel da dinâmica familiar no consumo do crack. Atendendo a esse objetivo, a pesquisa matriz teve um desenho qualitativo, com dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas a familiares de usuários de crack cadastrados no CAPS AD, em amostragem por conveniência. A coleta de dados se deu no local do serviço e no domicílio dos entrevistados, entre novembro e dezembro de 2014, e os resultados foram submetidos ao método de análise do discurso.



No entanto, os fatos constatados durante a seleção da amostra e as declarações dos entrevistados no preenchimento da parte estruturada do questionário - contendo questões demográficas e socioculturais - geraram resultados relevantes para o estudo das cidades gêmeas, que mereciam uma atenção especial, cujas reflexões derivaram na produção deste artigo. Assim, este artigo tem por objetivo identificar as características sociodemográficas do usuário de crack em tratamento das cidades gêmeas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) (parecer nº 867.334), em 10 de novembro de 2014, e teve início após a autorização da instituição envolvida e dos participantes da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as diretrizes da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e Discussão

### Composição da amostra

Para esta pesquisa foram selecionados todos os prontuários de pacientes em tratamento por uso de crack, descartados aqueles que estavam em privação de liberdade, em situação de internação em clínica de reabilitação, haviam mudado de cidade ou foram a óbito. Este universo de 100% resultou em 60 prontuários, dos quais 40 foram desprezados pela impossibilidade de entrar em contato com os pacientes devido a inconsistências no cadastro, em que figuravam números de telefones equivocados, números de celulares de operadoras paraguaias, endereços inexistentes ou falsos. Assim, a amostra final foi composta por 20 pessoas, correspondente a um familiar de cada paciente. Este dado, que, em princípio, parece irrelevante, revela muito sobre a realidade regional vivenciada no sistema de saúde da fronteira. Por esta razão, o que é parte do método (seleção amostral), é abordado, aqui, como um resultado.

O CAPS AD de Ponta Porã atende o usuário e sua família, independente de nacionalidade ou de cadastro no Sistema Único de Saúde - neste caso com custeio do município brasileiro, sem repasse federal de recursos. Pela peculiaridade da fronteira, as famílias são de nacionalidades mistas, e o atendimento público em saúde mental neste município possui um termo de colaboração informal - um "acordo de cavalheiros" - e de ajuda mútua com a cidade-gêmea, que permite o tratamento e acompanhamento dos pacientes paraguaios e o acesso da equipe profissional brasileira ao país vizinho para realizar atendimento, quando necessário. Esta mesma equipe desenvolve o trabalho com Consultório de Rua na linha divisória das cidades, atendendo ao usuário que procurar o serviço, independentemente de sua nacionalidade. A contrapartida do lado paraguaio é disponibilizar leito psiquiátrico à cidade brasileira, quando necessário, para suprir a demanda. Embora o CAPS AD tenha esta característica de cooperação interfronteiriça, esta não é uma prática generalizada do sistema de saúde de Ponta Porã.

Considerando a maneira como se dá a integração na fronteira, Oliveira (2005) faz uma diferenciação entre funcional e formal, conforme as interações sociais e materiais que ocorrem nesse território. Estabelece, então, uma tipologia segundo as possibilidades de combinações, que resulta na classificação de fronteira morta, território perigoso, fronteira viva e fronteira burocrática. De modo sucinto, a cooperação formal estabelecida entre municípios fronteiriços segue as leis e sua existência pode constar em documentos, enquanto a cooperação funcional, não necessariamente ilegal, não está prevista em artigo algum. Da combinação disto pode resultar, nos extremos, uma fronteira morta (na qual são igualmente baixas a integração formal e a funcional) e uma fronteira viva (com alta integração formal e funcional). E entre elas, a fronteira burocrática (com grande integração formal e pouca funcional), e a fronteira perigosa, caracterizada pela excessiva informalidade, com presença mínima do estado. Esta última parece ser característica das cidades gêmeas de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero em relação aos serviços de saúde e garantia de direitos, nas quais está presente uma cooperação funcional - não exatamente ilegal, porém informal - que depende de acordos pontuais e dos profissionais que atuam nesse momento na rede. Um exemplo do que Euzébio (2014) denomina "integração por baixo".

Os acordos vigentes nos municípios lindantes costumam ser restritos a um determinado tema e inscritos em um dado momento do tempo. O acesso do estrangeiro ao SUS na grande maioria das vezes depende da decisão do gestor de saúde do município (BRANCO, 2009), ou do prefeito e sua política de atuação referente a essa questão, sendo, portanto, lábil e em constante mudança. Daí não ser raro que a população desconheça qual momento de cooperação está vivendo.





Por esta razão, o usuário raramente revela sua nacionalidade paraguaia ou seu domicílio no Paraguai ao realizar seu cadastro, preferindo omitir dados, falseá-los ou fornecer endereço de algum parente no município brasileiro. Assim, quando se procura o endereço fornecido no Brasil, constata-se que este não existe. Pela mesma razão, números de telefone são fictícios.

A questão dos telefones na fronteira é ainda mais complexa, pois a grande maioria da população fronteiriça possui celular com número de operadora paraguaia, pelo valor infinitamente menor cobrado em relação à telefonia brasileira. No entanto, embora pareça uma mesma cidade, ligações telefônicas a celulares entre as cidades gêmeas são consideradas internacionais, com uso de código internacional, e taxadas como tal; assim, as instituições públicas de ambos os lados na fronteira não têm autorização para realizar este tipo de chamada. Questão parecida ocorre com o domicílio, uma vez que há muitos brasileiros domiciliados no Paraguai por motivo econômico, uma vez que o custo de aluguéis e contas de água e luz é inferior no país vizinho.

De acordo com Peiter e colaboradores (2013) a busca por atenção à saúde é uma das grandes responsáveis pela circulação transfronteiriça. A população se move em busca do local que oferece o serviço que ela necessita e que tenha a melhor qualidade, apostando na solidariedade dos profissionais e equipes de saúde que atuam na rede.

### **Características sociodemográficas e regionais**

São características dos usuários de crack do serviço: baixa escolaridade (70% em ensino fundamental), todos residentes em área urbana (90% na periferia), situação socioeconômica desfavorecida (85% com renda familiar per capita inferior a 01 salário mínimo), poliusuários com sobreposição de álcool (90%), maiores de idade (95%).

Estes dados vão ao encontro do que foi descrito no último levantamento nacional realizado em 2012, que revela o perfil dos usuários de crack brasileiros como sendo adultos jovens, predominantemente do sexo masculino, maioria de cor negra ou parda, de baixa escolaridade (ensino fundamental), maioria solteira, em situação de rua, poliusuários, com sobreposição de álcool e tabaco (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Não houve pacientes de área rural, o que talvez se deva à distância da instituição de saúde, que está localizada próxima à região central na cidade, e também pode ser explicado pela dificuldade de acesso na realização da busca ativa. A equipe do serviço relata, no entanto, grande número de consumidores de crack nos assentamentos ao redor da cidade.

A quase totalidade dos pacientes compreendidos por este estudo é maior de idade, fato confirmado pela equipe que relata não haver crianças em tratamento no serviço. No entanto, o inquérito nacional realizado nas capitais do país aponta um número expressivo de crianças e adolescentes entre os consumidores de crack: estes somam 14% ou 50 mil indivíduos. Na Região Centro-Oeste, 11,4% das pessoas que consomem crack nas capitais são crianças e adolescentes - por volta de seis mil indivíduos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, 2013).

Ao circular pela linha que divide as cidades gêmeas observam-se muitas crianças consumindo crack. Questionando esta realidade percebida e a ausência delas no serviço de tratamento, o que parece ambíguo, a equipe de saúde relata que as crianças não se dirigem ao CAPS AD, e atribuem isto talvez ao fato de grande parte delas ter vínculos familiares rompidos, não tendo, assim, quem as leve à instituição. Nesta fronteira, elas são abordadas e acompanhadas nas ruas nas ações do Consultório de Rua.

Com relação à nacionalidade, a grande maioria declara ser brasileira (90%), e sobre a língua falada citam português (90%), guarani (40%) e espanhol (25%).

Embora o estudo visasse contemplar brasileiros e paraguaios, e a equipe do CAPS AD relate que existe um grande número de pacientes paraguaios ou com ambas as nacionalidades atendidos na instituição, isto não se reflete neste estudo devido à dificuldade em localizá-los para convidar as famílias para a participação. Estes só conseguem ser abordados quando comparecem ao CAPS AD para algum atendimento médico, por busca espontânea ou retorno agendado anteriormente, e nem sempre aceitam participar do estudo.

Ainda que os resultados apontem que a língua mais falada seja o português e que poucos falam espanhol, isto não condiz com a realidade observada na instituição, na qual as línguas que mais se ouvem são espanhol e guarani. Estes dados, uma vez mais, parecem ser o reflexo do temor do estrangeiro a não ser atendido, que é o que poderia acontecer em qualquer outra unidade de saúde ou assistência social local, ou quiçá, em outro momento, nesse mesmo serviço.



O atendimento no serviço público de saúde no Brasil requer o cadastramento no SUS, que é realizado mediante a apresentação de documento comprovando a cidadania brasileira, após o qual se obtém o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), que exige domicílio em território nacional (BRASIL, 2002). Este Cartão, criado com a função de vincular os procedimentos realizados no SUS, acabou se tornando um instrumento normativo (BRANCO, 2009). E, na fronteira, altamente excludente, uma vez que não permite o atendimento do estrangeiro e tampouco do brasileiro que reside no país vizinho.

Peiter (2007) debruça-se sobre os entraves jurídicos, políticos, técnicos e operacionais para controle de epidemias e acesso a tratamento e serviços de saúde que propiciam a vulnerabilidade na saúde em regiões de fronteira. Ele aponta como fragilidades na questão da saúde nas fronteiras a desarticulação entre as instituições responsáveis, a falta de treinamento e a rotatividade da equipe, a ausência de complementaridade entre os sistemas de vigilância e a necessidade de cooperação entre as equipes de ambos os países, dentre outros aspectos citados (PEITER et al., 2013).

### **Inserção na rede pública de proteção**

Com relação à utilização da rede pública, 100% citam utilizar o SUS e 60% são assistidos pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com um ou mais programas de transferência de renda (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou Vale Renda).

A entrada do usuário de crack ao CAPS AD se deu em 60% dos casos por busca espontânea, ou seja, o próprio paciente procurou o serviço de atendimento. Somando este montante aos 25% dos casos nos quais o encaminhamento foi realizado por família ou amigos, chega-se a uma realidade em que 85% dos pacientes fizeram a procura por eles mesmos ou por indicação informal. Apenas 15% dos pacientes em tratamento foram encaminhados pela rede pública. Dentre estes, um chegou por meio da Assistência Social, um pelo Conselho Tutelar e um enviado pelo Juizado do país vizinho. Não houve encaminhamentos do sistema de saúde.

Considerando que 100% dos participantes fazem uso do SUS, e 60% do SUAS, pode-se deduzir que há uma fragilidade na rede, visto que quem necessita do serviço está chegando por vontade própria, à revelia dos órgãos que teriam por dever encaminhá-lo. Estas famílias estão passando invisíveis pela rede pública de proteção.

Dentre as funções das unidades públicas descentralizadas do SUAS constam prestar atendimento socioassistencial e fazer encaminhamento às redes de proteção social em cada localidade. Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) tem como prioridade a execução do Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2009). O cidadão atendido pelo CRAS passa por entrevista e, se detectada a necessidade de atuação em rede para qualquer membro da sua família, este deve ser encaminhado a procurar o serviço adequado.

Costa e colaboradores (2015) corroboram os resultados deste estudo em sua revisão, na qual encontraram grande desarticulação dos CAPS AD com a própria rede assistencial sobre drogas e com a rede de assistência social; em relação a esta última revelam que em 55% dos casos a articulação é inexistente. Estes autores apontam, também, a escassez de estudos específicos sobre a rede assistencial de drogas.

Observando estes dados, é inevitável refletir sobre a ausência de crianças no CAPS AD relatada anteriormente, que ocorre não porque não existam menores de idade consumindo crack nas cidades gêmeas, mas talvez isto se deva, em parte, à desarticulação da rede, uma vez que não seria de se esperar que crianças procurassem o serviço por conta própria.

Em relação às condições de saúde, 40% relatam não ter problemas de saúde recorrentes, fazem uso de álcool (90%), sofreram violência física ou psicológica (70%). Dentre estas, a mais mencionada é a psicológica (70%), seguida da física, que acontece em 50% das famílias. Há relatos de problemas recorrentes de saúde em 60% dos pacientes, sendo estes crônicos, notadamente aqueles que podem estar relacionados às situações de estresse.

Merece destaque o número de entrevistados que relata não haver problemas de saúde recorrentes na família (40%), uma vez que são todas famílias de usuários de crack, 90% delas têm problemas com álcool e 70% vivenciam violência em seus lares. Isto conduz à reflexão de que o conceito de saúde para estas famílias não é o mesmo daquele concebido pelo sistema público, e à dedução de que a dependência química ainda não é vista, nem pelas próprias pessoas envolvidas na questão, como um problema de saúde.



A realização de estudos multicêntricos, englobando cidades gêmeas e municípios brasileiros não lindantes em sua relação com estes aspectos da saúde, podem ser interessantes para revelar se álcool, violência e drogas não são reconhecidos como problemas de saúde pelos consumidores de crack independente da localização geográfica dos municípios ou se isto se deve a características culturais de fronteira, que se torna indiferente aos problemas cotidianamente vivenciados não os vendo mais como tal.

Este estudo apresenta como principal limitação o tamanho da amostra. Embora tenha sido selecionado o universo total dos pacientes com consumo de crack da instituição, o número de participantes final ficou reduzido, o que possibilita reflexões importantes, porém não permite generalização sobre as características do usuário de crack das cidades gêmeas. Futuros estudos abrangendo os usuários de crack em situação de rua, atendidos pelo Consultório de Rua ou não, podem oferecer um panorama mais amplo sobre a situação do crack na fronteira.

### Considerações Finais

As fronteiras requerem a criação de um conjunto de políticas públicas para essa região em particular, que contemple sua singularidade, que abrace e dê legalidade às cooperações já existentes e/ou proponha outras onde se possam somar as potencialidades dos municípios vizinhos, para diminuir as vulnerabilidades de ambos os lados, tanto em relação a recursos financeiros, como humanos e técnicos. A angústia vivida pela população de fronteira é que estes movimentos de cooperação internacional ainda estão muito distantes de sua realidade e seu dia-a-dia, comparados a uma agitação que acontece no meio do mar, cujas ondas demoram em chegar à praia.

Mais do que conhecer as características do usuário de crack em tratamento nas cidades gêmeas, este estudo possibilitou conhecer as características das cidades-gêmeas no atendimento ao usuário de crack.

Diante do panorama em que o paraguaio atendido no Brasil não pode se revelar, as pesquisas terminam por esbarrar em dados que não se confirmam na observação. Esta invisibilidade se vê confirmada na subnotificação ao SUS e conseqüente carência dos recursos necessários para o atendimento que a instituição de saúde se propõe a fazer, impactando na qualidade da oferta do serviço.

Ainda que o serviço esclareça ao cidadão que, independente de sua nacionalidade ou domicílio, não será negado atendimento a ele, este custará a confiar na informação. Para enfrentar os problemas de cadastros inconsistentes, é aconselhável tornar públicos os acordos que estão em vigor, ainda que informais e com prazo de duração, para esclarecer a população sobre a veracidade destes. Antes disto, ainda, é preciso que a equipe de saúde os conheça de fonte segura, ou seja, atualizações e capacitações sobre o tema do atendimento ao estrangeiro seriam de grande ajuda.

A desarticulação da rede de proteção nacional, que não realiza os encaminhamentos necessários, aliada à falta de integração com os serviços da cidade vizinha, prejudica o acesso a tratamento do consumidor de crack fronteiriço, aumentando a vulnerabilidade social.

É recomendável investir esforços em melhorar a articulação interna da rede de saúde pública do município brasileiro e desta com outros setores da rede de garantia de direitos.

É desejável o fortalecimento das interações com o país vizinho na oferta e troca de serviços, e uma articulação mais coesa com a rede pública de proteção da cidade gêmea.

Faz-se necessária a busca pela formalização de acordos de cooperação em saúde nas cidades-gêmeas, seja por meio de complementaridade de serviços e profissionais, como pela melhor utilização do equipamento de saúde que cada município dispõe. Enquanto isto não acontece, é importante a clareza dos termos de cooperação funcional entre ambas as cidades, pois que, quanto mais claros, descritos e disponíveis ao conhecimento da população estiverem estes, melhor será o acesso à saúde na região.

### Referências

BASTOS, F. I. Crack no Brasil: uma emergência de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1016-1017, 2012.

BRANCO, M. L. **O SUS na Fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS**. Monografia (Especialização em Direito Sanitário). 2009. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.



BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria/GM nº 1560, de 29 de agosto de 2002**. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1560\\_29\\_08\\_2002\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1560_29_08_2002_rep.html)

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. **Decreto nº 1120, de junho de 2005**. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120\\_06\\_07\\_2005.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html)

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. **Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: <http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/orientacoes-tecnicas-CRAS.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. **Portaria nº 622, de 23 de abril de 2014**. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622\\_23\\_04\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0622_23_04_2014.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Integração Nacional. **Portaria nº 212, de 19 de julho de 2016**. Diário Oficial da União, nº 138, 20 de julho de 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=12&data=20/07/2016>

COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.

DRAIBE, S. M. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, Suppl 2, p. 174-83, 2007.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. R.; DA SILVEIRA, D. X.; FORMIGONI, M. L.; FERRI, C. P. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance Use Misuse**, n.31, p. 519-527, 1996.

EUZÉBIO, E. F. A porosidade territorial na fronteira da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Cuadernos de Geografia**. Revista Colombiana de Geografia, v.23, n. 1, p. 109-124, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. **Pesquisa nacional sobre uso de crack e outras drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M., CARLINI, E. A. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/ Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. Rio de Janeiro: IBGE 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>

JAEGER, A. J. MERCOSUL e o desafio da livre circulação de trabalhadores: dificuldades e perspectivas. In: DAL RI JUNIOR, A. J.; OLIVEIRA, O. M. (Org.). **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas: nacionais, regionais e globais**. Ijuí: Editora Unijuí; 2003. p. 349-75.

LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S.; PINSKY, I.; MITSUHIRO, S.; CAETANO, R. **II LENAD Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - 2012**. Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas, Universidade Federal de São Paulo (INPAD/ UNIFESP). São Paulo, 2014.

MURRO-OBBERLÍN, E. R. **El dilema de la seguridad social en el Cono Sur**. Lima. Organización Internacional del Trabajo; 2004.



OBSERVATORIO PARAGUAYO DE DROGAS; SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Prevalencia de Consumo de drogas. Factores de riesgo y prevencion em jovenes escolarizados de 12 años y más – año de 2014.** Segundo estudio departamental. OPD/SENAD. Asuncion, Paraguay, 2015. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/00435023147a9db2be6b5?bkcode=00435023147a9db2be6b5&view=book>

OLIVEIRA, T. C. M. Tipologia das Relações Fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos. In: \_\_\_\_\_. **Território Sem Limites**. Campo Grande: Editora da UFMS, 2005. p.377-408.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: um enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. 5237-5250, 2007.

PEITER, P. C., FRANCO, V. C., GRACIE, R., XAVIER, D. R., SUÁREZ-MUTIS, M. C. Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, 2013.

SANT'ANA, M. R. Livre circulação de trabalhadores no MERCOSUL. In: CASTRO, M. G. (Org.). **Migrações internacionais: contribuições para políticas**. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento; 2001. p. 73-93.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. Anuário 2016. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/004350231f8bf0fdf5b37?trackersource=library>

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. 1º Congreso de Tratamiento de Adicciones en Paraguay, Informe de Relatoria y ponencias, 2015. Disponível em: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=ambiente-y-desarrollo&alias=529-memoria-del-congreso-de-tratamiento-de-adicciones-1&Itemid=253](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ambiente-y-desarrollo&alias=529-memoria-del-congreso-de-tratamiento-de-adicciones-1&Itemid=253)

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE ASUNCIÓN. Estudio Departamental sobre prevalencia de consumo de drogas, factores de riesgo y prevención en jóvenes escolarizados de 12 años y más. Asunción, Paraguay, 2006. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/0043502314308b3f21508?trackersource=libraryica>

SILVA NETO A. L. **Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização nos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/ Colômbia/ Peru**. Tese (Doutorado em Geografia) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report, 2012**. Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_web\\_small.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf)