

## 4. O Atendimento a Crianças e Adolescentes Usuários de Crack em Região de Fronteira a cidade gêmea de Ponta Porã

Liana Wernersbach Pinto  
Angélica Dalla Vechia Biolchi  
Edmara Honório Santos  
Simone Gonçalves de Assis

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PINTO, L.W., BIOLCHI, A.D.V., SANTOS, E.H., and ASSIS, S.G. O Atendimento a Crianças e Adolescentes Usuários de Crack em Região de Fronteira: a cidade gêmea de Ponta Porã. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 113-142. ISBN: 978-85-7541-554-2. <https://doi.org/10.7476/9788575415542.0006>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## 4

# O Atendimento a Crianças e Adolescentes Usuários de Crack em Região de Fronteira: a cidade gêmea de Ponta Porã

---

Liana Wernersbach Pinto  
Angélica Dalla Vechia Biolchi  
Edmara Honório Santos  
Simone Gonçalves de Assis

A cidade de Ponta Porã, conhecida como Princesinha dos Ervais, localiza-se no sudoeste do estado do Mato Grosso do Sul, distante 350 km da capital do estado, Campo Grande.

Era um povoado denominado inicialmente Punta Porá, que ocupava uma região deserta do interior do Paraguai onde habitavam algumas tribos de índios (guaranis e cauiás). Era ponto de parada de carreteiros que faziam o transporte de erva mate. Após o fim da Guerra do Paraguai foram estabelecidos os limites entre Brasil e Paraguai, e a área passou a ser possessão territorial brasileira. Em 1897 foi constituído o primeiro destacamento policial em Ponta Porã e em 1912 o município foi criado (Ponta Porã, 2014).

Segundo o Censo de 2010, Ponta Porã tem uma população de 77.872 habitantes, distribuídos em uma área de 5.330,4 km<sup>2</sup>, resultando em uma densidade demográfica de 14,6 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2011). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,701, ocupando assim a vigésima posição no estado do Mato Grosso do Sul e a 1.866ª posição no ranking nacional (Pnud, 2013). É constituída de três distritos: Ponta Porã (sede), Cabaceira do Apa e Sanga Puitã. O município tem o quinto maior produto interno bruto (PIB) do estado do Mato Grosso do Sul e sua economia baseia-se na agricultura e na pecuária (IBGE, 2014).

Quanto aos estabelecimentos de saúde, Ponta Porã tem 20 unidades públicas (19 municipais e uma federal) e 13 estabelecimentos privados (IBGE, 2010).



Em 2009, instituiu-se na Câmara dos Deputados em Brasília uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para tratar do tema da violência urbana.<sup>2</sup> Essa comissão, em seu relatório final, identificou 18 pontos da fronteira do Brasil como os principais corredores do tráfico de armas e drogas. Destes, sete encontram-se em Mato Grosso do Sul, e um deles é Ponta Porã.

Em 2011 foi criado pelo decreto n. 7.496 o Plano Estratégico de Fronteiras, com a finalidade de fortalecer a prevenção, o controle, a fiscalização e a repressão dos delitos transfronteiriços e daqueles praticados na faixa de fronteira brasileira. O plano tem como objetivos: 1) integração das ações de segurança pública, de controle aduaneiro e das Forças Armadas da União com a ação dos estados e municípios situados na faixa de fronteira; 2) execução de ações conjuntas entre os órgãos de segurança pública, federais e estaduais, a Secretaria da Receita Federal do Brasil e as Forças Armadas; 3) troca de informações entre os órgãos de segurança pública, federais e estaduais, a Secretaria da Receita Federal do Brasil e as Forças Armadas; 4) realização de parcerias com países vizinhos para atuação nas ações previstas (Brasil, 2011).

## O CRACK EM PONTA PORÃ

Não foram encontrados dados, estatísticas ou material bibliográfico sobre o uso de crack no município de Ponta Porã. Alguns trabalhos sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes da região Centro-Oeste são apresentados a seguir, visando a salientar a relevância da droga na região.

Em estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Cebrid) em 2003 sobre o uso de drogas, entrevistaram-se 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua assistidos por instituições governamentais ou não governamentais nas capitais brasileiras (Noto et al., 2003). Analisando-se especificamente os dados da região Centro-Oeste, verifica-se que a maioria dos entrevistados era do sexo masculino (70,1%), de 15 a 18 anos (53,6%), 62% moravam com a família e 53,4% encontravam-se de um a cinco anos na situação de rua. Constatou-se que 64,7% das crianças/adolescentes que não estavam morando com a família faziam uso diário de drogas psicotrópicas

<sup>2</sup> A CPI, destinada a "apurar a violência urbana", objeto do requerimento de CPI n. 10, de 15 abr. 2008, criada pelo ato da Presidência de 8 dez. 2008, constituída pelo ato da Presidência de 13 ago. 2009, teve seus trabalhos encerrados em 10 dez. 2010, sem a aprovação do relatório final. Disponível em: <[www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/53a-legislatura-encerradas/cpiviol/notas](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/53a-legislatura-encerradas/cpiviol/notas)>. Acesso em: jan. 2013.

(inclusive álcool e tabaco), ao passo que apenas 14% daquelas que moravam com a família faziam uso diário. Quando analisado o uso mensal de drogas psicotrópicas, observou-se respectivamente 54,1% e 94,1% entre os que moravam com os pais e os que não moravam. Em relação ao uso no mês, no grupo que relatou ter consumido alguma substância psicoativa, verificou-se uso de tabaco por 44,4%, de álcool por 57,5%, de solventes por 20,9%, de maconha por 29,1% e de cocaína e derivados por 16,2%. Entre os fatores de risco associados ao uso de drogas na vida entre as 358 crianças/adolescentes entrevistados na região Centro-Oeste, observou-se “ficar bravo, solto e irritado com outras pessoas” (37,7%), “transar sem camisinha” (28,5%), “andar pelas ruas sem cuidado” (27,7%) e “roubo” (26,0%). Alegaram já ter tentado parar com o uso de drogas 55,3% dos entrevistados (Noto et al., 2003).

Dados do 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, realizado pelo Cebrid, mostram que o uso na vida de drogas entre os estudantes da região Centro-Oeste foi de 23,3%. Nesse estudo foram entrevistados 7.829 alunos do ensino fundamental e médio da rede pública nas 27 capitais brasileiras (Galduróz et al., 2005).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Cebrid em 2005 em municípios com mais de 200 mil habitantes, mostrou que em Campo Grande (MS), o uso na vida de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi observado em 17,0% dos entrevistados; o uso na vida de álcool (73,6%), tabaco (41,9%), maconha (7,8%) e solventes (7,0 %) foram os mais frequentes; a prevalência de dependência de álcool entre os entrevistados da região Centro-Oeste foi de 12,7%. Observou-se também a prevalência de dependência de maconha (0,6%), solventes (0,2%), benzodiazepínicos (0,2%) e estimulantes (0,2%). O precoce envolvimento dos entrevistados de 12-17 anos com as drogas ficou evidenciado, havendo até mesmo relatos de dependência e tratamentos por uso de drogas (Carlini et al., 2005).

Em estudo realizado por Muraki (2009), com estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Dourados (MS), 75,2% dos alunos relataram já ter consumido álcool na vida (12,7% uso pesado), 21,2% informaram ter usado solventes e 6,7%, maconha. O uso de crack foi mencionado por 1,9% dos estudantes e de cocaína por 3,2%.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009) apresentou dados da pesquisa que abrangeu pessoas com idade entre 12 e 65 anos em cidades de maior porte, incluindo da região Centro-Oeste os municípios de Campo Grande, Cuiabá, Várzea Grande, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Brasília (671 pessoas). Verificou-se maior uso na vida das seguintes substâncias no ano de 2005: álcool (73,6%), tabaco (41,9%), maconha (7,8%), solventes (7,0%), benzodiazepínicos (3,6%), estimulantes (2,6%), cocaína (2,2%) e crack (0,4%). O estudo também mostrou que 12,7% dos entrevistados são dependentes de álcool, seguido da maconha (0,6%). Verificou-se ainda que a maconha e a cocaína apresentaram maior prevalência de uso na vida na faixa etária de 18 a 24 anos. Alucinógenos e estimulantes apresentaram alta prevalência na faixa mais jovem (12 a 17 anos).

Santos (2012) realizou estudo transversal com alunos do primeiro ano do ensino médio de escolas públicas de Glória de Dourados/MS, com o objetivo de verificar a prevalência e os fatores associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas entre os estudantes adolescentes. Verificou prevalência elevada de uso na vida de tabaco (18,8%), solventes (17,9%) e energéticos associados com álcool (35,4%). Em relação ao uso no último mês, chamou atenção o uso de álcool (45,7%). Constatou-se que o bom desempenho escolar demonstrou ser um fator que reduz a chance para o uso de álcool, enquanto a baixa autoestima representou maior chance de uso dessa substância. Quanto à utilização de solventes/inalantes, verificou-se que a presença de controle da rotina do adolescente por parte dos pais também mostrou ser um fator que reduziu a chance de uso de tais substâncias.

Apesar da ausência de estatísticas sobre consumo de crack pela população jovem de Ponta Porã, em 2010 foi lançado um plano local de enfrentamento ao crack integrado à cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero, e em 2011 foi realizada a primeira capacitação incluída no plano. Segundo a secretária de Assistência Social e do Trabalho do município, em reunião no Senado Federal, o sistema de saúde e assistência social da cidade atende também a população usuária de drogas da cidade paraguaia vizinha, Pedro Juan Caballero, contabilizando mais de 150 pacientes, entre os mais de mil dependentes atendidos em Ponta Porã.

Já caminhamos para tirar do papel uma articulação de todas as políticas públicas municipais e também um processo de integração com Pedro Juan Caballero. A câmara municipal está conosco e também as

autoridades paraguaias convidadas. Daí resultou o nosso plano local de enfrentamento ao crack e outras drogas. (Brasil, 2012b)

Em março de 2011 foi realizado no município o 1º Fórum Municipal de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, o qual teve como objetivos a articulação da rede municipal de atenção e tratamento ao dependente químico e a elaboração do plano operativo local de enfrentamento ao crack e outras drogas. Nesse encontro foram apresentadas estatísticas de usuários de crack e outras drogas atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), as atividades realizadas por estes equipamentos com os dependentes e suas famílias, além de um diagnóstico sobre as necessidades locais (Alcântara, 2012).

Todo esse contexto de preocupação com a questão das drogas no município serve como cenário para os resultados de nossa pesquisa sobre crack em Ponta Porã, apresentados a seguir. Para que os dados fossem conhecidos, contamos com o envolvimento da Secretaria Municipal de Assistência Social e do Trabalho (SMAS), do Caps ad (centros para usuários de álcool e outras drogas) e de três Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs) da cidade. Nos SAIs, responderam a questionários os três gestores e os dois adolescentes acolhidos com história de uso de crack que estavam presentes no momento da visita. Também foi preenchido questionário para cada criança e adolescente com história pessoal de uso de crack ou seus responsáveis, por meio da consulta ao prontuário (cinco no total). Foram ainda realizadas 14 entrevistas com juíza da Vara da Infância e Juventude, conselheira tutelar, secretária de assistência social do município, equipe técnica do SAI, coordenadora do Creas, coordenadora do Caps ad, responsáveis por duas Comunidades Terapêuticas, adolescentes usuários (SAI e Caps ad) e familiares dos mesmos. Mais detalhes sobre a metodologia utilizada pode ser encontrada no Anexo deste livro.

## **A REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS USUÁRIAS DE CRACK**

No mapeamento da rede de Ponta Porã foram utilizados como fontes de informação: dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2010), dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, dados coletados na SMAS e dados obtidos diretamente no momento das entrevistas com os

profissionais. Em virtude das múltiplas fontes e da distinta temporalidade das informações, divergências foram observadas. Dessa forma, o retrato da rede aqui apresentado pode apresentar algumas falhas e incompletudes pela fragilidade das informações disponíveis no município, não sendo completamente fiel à realidade. Há ainda que se ressaltar o dinamismo existente na rede socioassistencial nos últimos anos, posto que a questão do crack é recente e tem mobilizado sobremaneira o município.

A rede constatada em Ponta Porã nos anos de 2011-2012 conta com 33 estabelecimentos de saúde – 20 públicos e 13 privados – dos quais dois fazem atendimento pelo SUS (IBGE, 2010). Foram informados os seguintes serviços: 16 unidades básicas de saúde (UBS), 13 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma equipe de saúde que atende a unidade prisional feminina e uma masculina, um hospital geral, um centro de especialidades médicas, um centro de especialidades odontológicas, dois centros de saúde, uma unidade de atenção à saúde indígena, três equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), um laboratório público e uma clínica para atendimento a pacientes renais crônicos. Há ainda uma unidade de pronto atendimento em construção e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) ainda não se encontrava em funcionamento no momento da pesquisa. Na esfera da saúde mental há um Caps ad e uma unidade de Consultório de Rua.

No Caps ad, um dos principais locais de atendimento e oferta de serviços aos dependentes químicos, atuam 16 profissionais, sendo oito de nível médio. O restante da equipe tem a seguinte formação: clínico geral, psiquiatra, psicólogo e acupunturista, enfermeira, pedagogo, assistente social e terapeuta ocupacional (coordenadora do centro). Entre os projetos/serviços desenvolvidos pelos Caps ad podem-se citar: Consultório de Rua, grupo de apoio Amor Exigente (com usuários e familiares), oficinas de geração de renda, artesanato, caratê, culinária, violão, informática e oficina pedagógica com quem não é alfabetizado. O Caps ad atua com redução de danos, mas não em relação ao crack. Foi relatado que cinco equipes da ESF auxiliam ou participam nas ações executadas pelo centro em alguns bairros. Segundo a coordenadora do Caps ad, não havia, no momento da coleta de dados, nenhuma ação integrada do centro com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), visando a facilitar a ação no território.

Quando há necessidade de internação dos usuários de crack por problemas de saúde, estes são encaminhados para os seguintes estabelecimentos: Hospital

Regional Dr. José de Simone Netto de Ponta Porã, Hospital Regional de Campo Grande e Hospital Universitário de Dourados. Quando o paciente precisa de internação psiquiátrica, é direcionado para o Hospital Regional do Paraguai em Pedro Juan Caballero, o Hospital Nosso Lar em Campo Grande e o Hospital Psiquiátrico de Paranaíba. Para reabilitação, os usuários são enviados para as Comunidades Terapêuticas:<sup>3</sup> Manain e Restauração de Vida, ambas em Ponta Porã; Pró-Vida em Amambai; Jovem Peniel em Dourados; ou para Comunidade Terapêutica localizada no Paraguai.

Na área da assistência social e do trabalho, foi relatado o seguinte cenário: um Creas, dois Cras, duas Comunidades Terapêuticas (organizações não governamentais) – sendo que para a comunidade Restauração de Vida há dez vagas para a assistência social do município (os usuários são enviados após estarem registrados no Creas e passarem por avaliação de profissionais do Caps ad). No momento da pesquisa estava sendo construída uma clínica de reabilitação municipal com o objetivo de atender as famílias. Todos os estabelecimentos mencionados atendem os usuários de drogas. Há um Conselho Tutelar em Ponta Porã para a proteção dos direitos das crianças e adolescentes.

Segundo informações colhidas na SMAS, os adolescentes usuários de crack encaminhados pelo Conselho Tutelar do município são enviados para o Juizado e, após parecer da juíza, são direcionados para os abrigos ou para o Creas. Nos horários em que o fórum está fechado, o Conselho Tutelar os encaminha para os abrigos.

O Creas conta com uma equipe composta de psicólogo, assistente social, educadores, coordenadora, pessoal administrativo e vigia. Todos recebem formação continuada e capacitação. Este serviço realiza busca ativa de usuários nas ruas todos os dias: de manhã, por volta de meio-dia, na parte da tarde e à noite/madrugada. A equipe procura fortalecer os vínculos e a reintegração familiar. Adolescentes e adultos que queiram tratamento são encaminhados para internação. Usuárias do sexo feminino são enviadas para uma Comunidade Terapêutica específica. Não há local para atender (internar) crianças usuárias no município.

A SMAS lidera o enfrentamento à problemática do crack na cidade de Ponta Porã, tendo firmado parcerias com Comunidades Terapêuticas de forma a possibilitar o tratamento de usuários.

<sup>3</sup> Comunidades Terapêuticas são centros que recebem pessoas para tratamento de desintoxicação no modelo residencial/internação, baseados em programa de recuperação terapêutico-educativo, por vezes com orientação religiosa.

## OS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E AS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS USUÁRIAS DE CRACK

Os três SAIs visitados em Ponta Porã atendem simultaneamente crianças e adolescentes. No momento da pesquisa estavam acolhidos nove crianças e sete adolescentes (Tabela 1). Nenhuma das crianças tinha histórico de uso de drogas ou de crack e somente um responsável por crianças era usuário de crack. Em apenas um dos três serviços havia crianças e adolescentes com história de uso de crack ou seus responsáveis no momento da visita.

Entre os sete adolescentes, verificou-se que 28,6% utilizavam crack e outras drogas. Quanto aos seus responsáveis, o uso dessas substâncias limitou-se à família de apenas um dos acolhidos (mãe e irmão usuários).

Tabela 1 – Uso de crack e outras drogas por crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional e de seus responsáveis. Ponta Porã – nov. 2011\*

Consumo de drogas	Crianças N=9**		Adolescentes N=7		Total N=16	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	0	-	2	28,6	2	12,5
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	2	28,6	2	12,5
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	1	11,1	1	14,3	2	12,5
Responsáveis com história de uso de crack	0	-	1	14,3	1	6,3

\* Informação dada pelo gestor do serviço.

\*\* Em um SAI não há crianças acolhidas.

Um dos serviços funciona há 18 anos. Os dois outros SAIs têm menos de dez anos de existência. Vale destacar que todos começaram a funcionar após a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, já com a perspectiva de sujeito de direitos em voga.

Quanto à natureza, observou-se que dois são em formato de abrigo tradicional e um é Casa Lar em comunidade. Dois SAIs informaram que também funcionam como casas de passagem. Nenhum dos serviços tem orientação religiosa. Dois deles são organizações não governamentais e o outro é público municipal.

Em relação ao atendimento oferecido às crianças e adolescentes em situação de risco social, verificou-se que apenas um serviço acolhe crianças e adolescentes usuárias de drogas/crack, em situação de rua, ameaçados de morte e com doenças infectocontagiosas. Outro SAI informou que recebe crianças e adolescentes com necessidades especiais.

As atividades que a população infantojuvenil com histórico de uso de crack frequenta regularmente, que foram informadas pelo SAI, são: ensino regular, reforço escolar, atendimento médico e psicológico, tratamento para dependência química, assistência jurídica (por meio da promotoria), orientação sexual, encaminhamento para trabalho (por meio da assistência social), atividades esportivas, atividades culturais (Pró-Jovem) e grupos de ajuda mútua (Amor Exigente).

Quanto aos serviços oferecidos às famílias das crianças e adolescentes que usam crack, o SAI relatou os seguintes: atendimento psicológico (quando há ordem judicial), orientação para planejamento familiar, encaminhamento para grupos de ajuda mútua, acompanhamento social (quando há ordem judicial), inserção em programa/serviço oficial comunitário de auxílio/proteção à família, serviços para tratamento de dependência química (encaminhamento ao Creas ou Caps ad).

Todas as três instituições visitadas declararam que têm equipe técnica própria, com presença de assistente social e psicólogo. Outros profissionais presentes são: enfermeira (um SAI), pedagogos (dois SAIs) e educador físico (um SAI). Dois serviços relataram a realização de formação continuada sobre o tema do crack com alguns membros da equipe, especialmente coordenação, equipe técnica e cuidadores. Um SAI informou ter envolvido profissional de serviços gerais na formação.

O Poder Judiciário é o órgão que mais encaminhou crianças e adolescentes usuários de crack para os SAIs, seguido pelo Conselho Tutelar e pelo Ministério Público.

## HISTÓRIAS DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK

### Marcos

Foi difícil o acesso direto ao Marcos, adolescente com 14 anos e que cursa o sexto ano do ensino fundamental. A coordenadora do SAI estava relutante em permitir a entrevista, já que ele não estava muito bem, pois recentemente

soube que a mãe, também usuária de crack, havia desistido do tratamento em uma Comunidade Terapêutica. Durante a entrevista, o adolescente demonstrou confusão, dispersão e dificuldade de compreensão das perguntas formuladas. Seu volume de voz estava praticamente inaudível.

Marcos relatou que iniciou o uso de drogas com a mãe, tendo sido o irmão o responsável pela introdução do crack na família. Tinha morado na rua duas vezes.

Em seu prontuário, consta como motivos para o acolhimento uma série de fatores que o fragilizavam: ausência de pais ou responsáveis por doença, pais ou responsáveis dependentes químicos ou alcoolistas, violência doméstica física e psicológica, negligência, exploração no trabalho ou mendicância, uso de crack e outras drogas pelo adolescente. O jovem recebeu encaminhamento para tratamento de saúde por uso de crack, assim como a mãe.

Marcos foi encaminhado ao SAI pelo Poder Judiciário e encontrava-se oficialmente no momento da coleta de dados em fase de avaliação/preparação para reintegração familiar. Ele já tinha sido acolhido anteriormente na mesma unidade. Também já havia passado por Comunidade Terapêutica e pelo Caps ad, indicando sua recorrente institucionalização. A família reside no município de Ponta Porã e o visita na instituição (mãe e irmãos). O adolescente tem irmãos abrigados na mesma unidade e outros adotados.

Quanto ao seu histórico de consumo de substâncias, informou ter morado com usuários de crack nos 30 dias anteriores ao acolhimento. Fez uso (na vida e nos 30 dias anteriores ao acolhimento) de várias substâncias: álcool, tabaco, maconha, cocaína, mesclado, crack e produtos para “sentir barato”. Utilizava crack há dois anos e seis meses, com consumo de cerca de 15 pedras por dia. Quanto às formas de utilização do crack, mencionou: cachimbo, lata de bebida e baseado (misturando maconha e crack). Compartilhou cachimbo, lata ou copo com outros usuários. O local de maior consumo era a própria casa da família, junto com a mãe e o irmão. Pedia esmola na rua para facilitar o consumo dessas substâncias.

Classificou sua saúde como excelente. No entanto, relatou dores de cabeça e vômitos nos últimos 20 dias. Já teve overdose em decorrência do uso de crack, mas não soube informar quantas vezes tal fato ocorreu.

## VITOR

Vitor é um adolescente de 16 anos que estava cursando no momento a educação para jovens e adultos. Sua família não reside no município de Ponta Porã, mas há manutenção de vínculo com a família por meio de visitas dos irmãos ao SAI em que Vitor se encontra. Os irmãos permanecem convivendo com a família de origem.

Foram citados como motivos para o seu acolhimento no SAI: ausência dos pais/responsáveis por prisão, negligência, exploração no trabalho e mendicância, situação de rua e uso de crack e outras drogas pelo adolescente.

Segundo informações da equipe técnica, o adolescente já esteve na unidade anteriormente. Na atual internação, foi encaminhado ao SAI pelo Poder Judiciário e tem procedimento administrativo na Vara da Infância e Juventude, em que o uso do crack pelo adolescente é destacado. No momento da pesquisa encontrava-se em fase de avaliação/preparação para reintegração ao convívio com familiares.

Quanto ao uso de drogas, Vitor tem longo histórico, tendo consumido em sua vida e nos últimos 30 dias um vasto leque de substâncias: álcool, tabaco, maconha, derivados da cocaína (pasta de coca, merla e crack), produtos para “sentir barato” e drogas que provocam alucinações (LSD ou êxtase, por exemplo). Relatou ainda uso na vida de remédios para emagrecer ou ficar acordado e de tranquilizantes sem receita médica. Também consumiu cola de sapateiro. Utilizou crack por dois anos (no momento, comentou não estar fazendo uso). Mencionou já ter compartilhado cachimbo, lata ou copo com outros usuários e também que tinha consumido crack com cocaína. Utilizava a droga na rua que conseguia por meio de roubos. Relatou que seus irmãos e responsáveis não utilizavam drogas no momento.

Embora afirmasse não ter nenhum problema de saúde na ocasião, tinha sido encaminhado pelo SAI para tratamento de saúde por uso de crack. Vitor relatou ter tido overdoses em função de mistura de drogas (crack e merla), mas não soube precisar o número de vezes em que isso ocorreu. Tinha sido detido pela polícia em virtude de roubo e uso de drogas.

Antes do acolhimento o adolescente permaneceu durante um período em uma Comunidade Terapêutica para recuperação. Também relatou ter recebido atendimento no Caps ad.

## Clarissa e sua mãe

Com 16 anos, Clarissa, grávida (três a quatro meses de gestação) de seu segundo filho, estava acompanhada da mãe e da filhinha no Caps ad, quando foi entrevistada. No momento da pesquisa a adolescente não estudava nem trabalhava.

A entrevista foi difícil de ser conduzida, pois a adolescente parecia estar ainda afetada pelo consumo recente de crack. Falava com calma, resignada e monossilábica. Era sua primeira visita ao Caps ad, para onde foi levada pela mãe, com auxílio da polícia, em virtude de ter usado a droga na noite anterior.

Comentou que sua vida havia se alterado em decorrência no uso de crack (“mudou tudo”). Sabia que o uso da substância fazia mal e que ninguém da família usava crack. Não tinha buscado nenhum outro serviço de saúde até o momento.

A mãe de Clarissa alegou que não tinha a família que gostaria, principalmente por causa do uso de crack pela filha. Não podia trabalhar e não tinha sossego. Tinha outra filha, que trabalhava e sustentava a casa com um salário mínimo. Relatou que recentemente foi atendida no posto de saúde e que estava entrando em depressão.

Os problemas começaram quando Clarissa tinha por volta de 12 anos. Segundo a mãe, a adolescente sempre foi agressiva. Sobre o uso de drogas pela filha, afirmou: “Com certeza tem problema na cabeça porque ela não é uma menina que foi judiada nem nada. Sempre teve o que ela quer. Sempre eu trabalhando, dei pra ela tudo que ela quer”.

A mãe disse não ter observado mudança no comportamento da filha após o início do uso de crack, que credita às más companhias. Suspeitava das condições de saúde da neta (filha da adolescente usuária), alegando que a criança parecia ter algum problema (Clarissa fez uso de crack também durante a primeira gestação).

Quanto aos principais reflexos para a saúde de Clarissa, a mãe relatou o emagrecimento. Disse ainda que a adolescente não tem carinho e amor nem por ela e nem pela irmã que trabalha e as sustenta. A adolescente não tinha amigos, apenas companheiros de uso. Relatou que a filha tinha se “amigado” com um homem, mas que ele se distanciou devido ao uso de crack por parte dela.

Segundo a mãe, Clarissa nunca esteve acolhida em SAI, tendo ficado apenas três dias no Creas, o serviço que a mãe considera de maior ajuda. Reclamou

do Conselho Tutelar, afirmando que nunca era atendida quando solicitava. Gostaria que existisse um serviço para internação e tratamento dos usuários menores de idade. Embora desejasse que a filha fosse encaminhada para uma Comunidade Terapêutica, sabia que isso não poderia acontecer contra a vontade da pessoa. Vislumbrava o acolhimento como forma de garantir a saúde do novo bebê que a filha espera.

## Davi e sua mãe

A entrevista com Davi difere bem das anteriormente apresentadas. Tinha 17 anos de idade e foi buscar ajuda no Caps ad por conta própria. Estava acompanhado da mãe, que afirmou ser muito protetora. Informou ter sete irmãos, mas que apenas ele e outro irmão faziam uso de alguma droga. No momento da entrevista estava desempregado, mas anteriormente trabalhou como protético.

O primeiro contato de Davi com drogas ocorreu aos 9 anos (maconha); o crack iniciou aos 15 anos. Afirmando ter sempre utilizado drogas de forma controlada, mas que no início daquele ano, após o término de um namoro, havia perdido o controle do uso.

Começou usando a droga com colegas, mas informou que eles o abandonaram. Os amigos, segundo o adolescente, são pessoas com situação financeira bem melhor que a dele. Davi contou um pouco de suas perdas devido às drogas:

Eu tinha uma namorada e ela ficou sabendo que eu usava drogas. Estava tudo tranquilo ainda, ela estava me ajudando, me apoiando e tal. Aí o pai dela descobriu. Aí começou mesmo o inferno. O pai dela começou a falar pra ela não andar mais comigo, não namorar mais comigo. Ela decidiu largar de mim. Aí eu me afundei mesmo. Aí eu desandei, eu estava trabalhando tranquilo com carteira assinada.

Relatou algumas reações físicas após o início do uso do crack, mas nunca recorreu a nenhum serviço de saúde por conta da droga.

Pra respirar é uma dificuldade imensa depois que a gente fuma. Muito ruim de respirar, você anda parece que tem um negócio na garganta. Dói muito, muito difícil pra respirar mesmo, parece que é cinza, que fica tudo aqui assim, mas não é não, é outra coisa. A respiração ela tranca aqui [adolescente apontou para o pescoço/garganta] e fica pelas narinas mesmo (...). Dá uma pressão como se

alguém tivesse apertando você (...). E a pressão nos ouvidos, parece que vai explodir o tímpano. É bem constrangedor mesmo na hora ali, mas é a reação do produto: não consegue respirar, fica bem ativa mesmo, você escuta pouco.

Davi falou um pouco do sentimento que o levava ao consumo: “O crack foi a droga mais pesada que eu já usei. Eu quero sair, só que tem aquela ansiedade, aquela vontade imensa mesmo”. O adolescente já tentou parar de usar o crack, sem êxito: “Tipo sozinho, sozinho, a gente não consegue. É muito difícil. Eu já tentei parar três ou quatro vezes. O máximo acho que eu fiquei, fiquei uns dois meses assim normal, natural mesmo, sóbrio de tudo, mas depois disso foi difícil”.

Considera-se ainda no controle de si mesmo. Indagado sobre passagem anterior por instituição, afirmou: “Fui bem cabeça mesmo; mas não tanto, porque eu me deixei envolver. Mas eu acho que eu sou um cara controlado, tenho controle da situação ainda, por enquanto”.

A mãe de Davi informou ser separada do marido. No momento da pesquisa, moravam na casa apenas ela e o filho. Afirmou que ele é o primeiro na família a fazer uso de crack e responsabilizou as más companhias pelo uso. Escondia do pai de Davi o consumo de crack, buscando ajuda de algumas fontes:

procurar algum remédio, alguma coisa [em sua busca no Cras, sem sucesso], pra conversar com ele, só que tinha que conversar com ele (...). “Você precisa dessa ajuda, não pode ficar, se entregar tanto. Você tem que ser mais forte do que ele [crack]”. Tanto foi que pedi a Deus, que era pra ele se levantar, se curar, que ele está aí [Caps ad].

Em relação à saúde do adolescente, a mãe comentou que o filho não se alimentava e que estava muito magro.

## CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO USO DE CRACK POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Na visão dos adolescentes e dos responsáveis entrevistados, as más companhias são a causa do uso do crack. Para os atores da rede socioassistencial, diversos outros fatores estão relacionados ao problema. Entre eles, ressaltam-se o baixo custo da substância, a facilidade de acesso por ser região de fronteira, a ausência de atenção por parte dos pais, a estrutura familiar precária, além da necessidade de acompanhar o grupo de amigos, própria dos adolescentes. Um dos profissionais entrevistados afirmou que o uso de drogas era um problema

social e econômico e que as crianças, muitas vezes, achavam melhor ficar na rua por causa das violências que sofriam dentro de casa. Outro disse que o álcool era a fonte e início de todos os problemas e, em decorrência dele, ocorriam problemas na família com consequente uso de drogas por outros membros.

Em relação às consequências para a saúde, as mães entrevistadas relataram a perda de peso acentuada e o abandono dos estudos. Já os profissionais da rede ampliaram as consequências do uso de crack: emagrecimento, agitação, confusão mental, perda da voz, problemas de pulmão, manchas e fissuras na pele, doenças sexualmente transmissíveis e abandono da família.

Prejudica porque desestrutura, o menino que é usuário, ele não frequenta mais a escola, ele não fica mais em casa, ele já vai pra rua. Por isso que nós temos essa quantidade de menino em situação de rua. Abandona a casa, a família, ele já vive sozinho. Por exemplo, qual é a relação da família com o usuário? Não existe relação; corta, acabou o vínculo, ele sai e não volta mais. Pai e mãe tentam muitas vezes pegar, trazer, pede a nossa ajuda, da polícia. Pega, leva pra casa, leva, mas daí quando você percebe também no que se transformou, os próprios pais não querem mais que ele volte em casa. (conselheira tutelar)

Eles não estudam mais, acabam ficando na rua, vivendo na rua, vivendo na marginalidade. A gente teve muitos casos esse ano de morte de adolescentes principalmente, muita morte. Eu já vi dois adolescentes que começaram a perder a voz, é uma voz meio rouca; e assim manchas de pele e fissuras, é a pele toda assim; emagrecimento muito rápido; doenças sexualmente transmissíveis e HIV muito, muito, teve até um aumento de HIV esse ano. Tanto que nós fazemos coleta de sangue até nas boates. (coordenadora do Caps ad)

## A VISÃO DOS ADOLESCENTES E FAMILIARES SOBRE O ATENDIMENTO

Para os adolescentes entrevistados, a procura de ajuda no Caps ad era recente e por isso não souberam dar opinião sobre o serviço ou ainda sobre as características necessárias de um bom serviço para atendimento de usuários de crack. Um dos adolescentes falou sobre o acolhimento inicial. Ele havia procurado a unidade no dia anterior por vontade própria, após ter ouvido uma propaganda no rádio sobre o tratamento de usuários de drogas no Caps ad. Disse que foi recebido no serviço de maneira fácil, mostrando-se satisfeito. Relatou ainda que o Creas o ajudaria a encontrar um emprego.

Eu mesmo ontem eu decidi tratar, me curar, porque eu não estava mais aguentando. Não dá pra viver assim, é muito difícil. Aí eu resolvi mesmo por vontade própria, eu vim aqui. Eu ouvi no rádio que estava tendo tratamento pra dependentes químicos, daí eu falei “ah beleza, não custa tentar pelo menos”. Foi bem natural mesmo, ninguém teve nenhum preconceito. Perguntou se eu era usuário mesmo. Eu falei que era, que já ia fazer um ano já. Aí mandaram eu falar com a assistente social, eu fui. Ela fez uma ficha, foi bem simples mesmo e o médico falou pra mim que não adianta eu vir aqui e fazer tudo, pegar remédio e não ter força de vontade. Tem que a pessoa querer mudar, vem da pessoa. Me perguntou se eu queria mudar, eu falei que sim. Foi vontade própria. (Davi)

Já Clarissa, aparentemente ainda sofrendo os efeitos do uso de crack na noite anterior, não sabia responder às perguntas formuladas. Ela estava no serviço claramente contra a vontade e não parecia disposta ao tratamento. Marcos também não quis opinar. Disse que tinha gostado do atendimento no Caps ad, mas que no momento não estava frequentando a unidade. Para a mãe de Clarissa, até o momento a filha só tinha contado com a ajuda do Creas. Segundo ela, a psicóloga desse serviço, sempre que solicitada, tentava conversar com a adolescente: “O Creas que mais me ajuda. Qualquer coisa que eu chamo vai a psicóloga, vai conversar com ela. Eu ligo pro conselho ir lá, às vezes conversar com ela. Não tenho palavras pra falar nada do Creas”. Entretanto, a mãe reclamou da falta de apoio do Conselho Tutelar:

O Conselho sempre está com o carro quebrado; sempre não dá, que não sei o quê. Assim começa e eles só me apertam, eles falam: “a senhora tem que conversar com ela, a senhora é mãe, ela é de menor”. Eu falei: “mas o conselho está pra isso”. Mas lá eles não têm tempo. Com certeza, às vezes têm muita coisa pra fazer, mas quando é uma coisa urgente, eu acho que não custa, que nem o Creas vai lá. Nem que não faz nada. Mas vai me dar atenção pra mim. Já é um grande alívio.

A mãe de Davi informou que havia ido a um serviço de saúde da cidade para pedir ajuda (remédio ou alguém para conversar com o filho). Lá lhe disseram que o adolescente era quem deveria procurar por eles. Também questionou o horário de funcionamento do serviço: “Eu fui na hora que não era hora de atender, eu fiquei de voltar lá, mas eu não fui mais”.

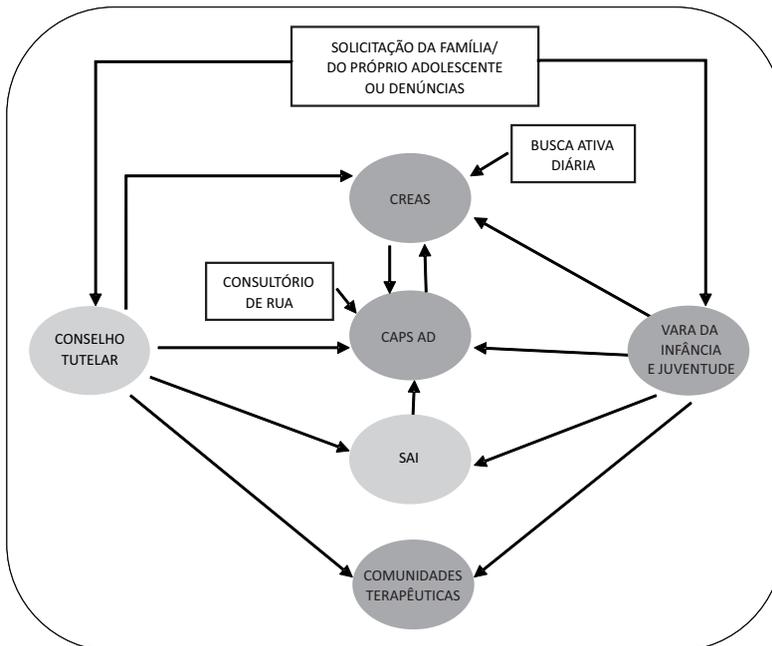
Em relação às características do serviço, uma das mães citou a necessidade de uma unidade para internação. A outra mãe disse que seria bom ter um horário mais flexível e locais onde o usuário pudesse encontrar trabalho, medicamentos e internação.

## FUNCIONAMENTO DA REDE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

### Caminhos do atendimento

O fluxo de atendimento de crianças e adolescentes usuários de crack em Ponta Porã está sintetizado na Figura 2. A entrada de crianças e adolescentes no sistema se dá por várias vias. São acionados o Conselho Tutelar e/o Juizado por meio de denúncias, solicitação da família ou do próprio usuário. Estes órgãos, dependendo da situação farão o encaminhamento para o Creas, para o Caps ad, para um SAI ou ainda para uma Comunidade Terapêutica. Outra forma de ter acesso aos usuários de crack é a busca ativa realizada pelo Creas e pelo Consultório de Rua (projeto do Caps ad). Em ambos os casos, eles são encaminhados para o Creas e para o Caps para que as medidas necessárias sejam tomadas. O Creas se encarrega dos aspectos sociais (emprego, busca pela família etc.) e o Caps ad, do tratamento. No caso em que os serviços (Creas, Caps ad e SAI) verificam a necessidade de internação em Comunidade Terapêutica, esta é providenciada.

Figura 2 – Fluxo de atendimento a crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas – Ponta Porã



Nas falas dos profissionais da rede socioassistencial, percebem-se várias dificuldades no fluxo apresentado na Figura 2. Profissionais do SAI fizeram uma ressalva quanto à forma como o município vem lidando com a questão do crack em Ponta Porã: vários projetos “lindos”, no papel, mas que na prática não existem. Demonstraram, assim, insatisfação em relação ao quadro enfrentado cotidianamente para atender os usuários de crack. A opção para esses profissionais envolvidos no acolhimento institucional é o Caps ad, que faz o atendimento inicial e decide se é preciso internar. Quando necessário, são encaminhados para uma Comunidade Terapêutica com apoio das secretarias municipais da Saúde e da Assistência Social e do Trabalho.

O Caps ad foi mencionado por todos os profissionais da rede entrevistados como o local de tratamento ambulatorial dos usuários de crack. Segundo sua coordenadora, o serviço dispõe de Consultório de Rua, grupo de apoio Amor Exigente (com usuários e familiares), oficinas de geração de renda, artesanato, caratê, culinária, violão, informática e oficina pedagógica com quem não é alfabetizado. A coordenadora informou que as crianças são normalmente encontradas “na linha” (expressão utilizada para se referir à fronteira) e dificilmente recorrem ao Caps ad: “Nós temos um Consultório de Rua na fronteira. Nós temos assim mais crianças ali na linha, quase não tem criança aqui dentro. Eles quase não procuram a gente”.

A profissional mencionou também a parceria com o Creas e com o Conselho Tutelar – que ajuda na localização das famílias das crianças encontradas na rua. Ela contou ainda como é o atendimento na rua, na linha da redução de danos. O Consultório de Rua conta com uma psicóloga, uma psiquiatra (a mesma que faz os atendimentos no Caps ad), dois educadores sociais, dois redutores de danos e os demais membros da equipe do Caps ad (assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e professor de educação física), além do motorista. Ela afirmou que o vínculo da equipe com os usuários é muito bom.

Em seu relato a coordenadora chamou a atenção para o fato de que sempre há novos usuários, entre eles pessoas vindas de outros estados como São Paulo e Goiás, na linha de fronteira.

A profissional do Caps ad apontou a dificuldade em resgatar o vínculo familiar dos adolescentes usuários de crack encontrados na linha de fronteira, em situação de rua: “Tem um pouco de dificuldade até por não aceitação da família. Eles falam que é uma criança, mas não é um anjinho, apronta muita coisa aqui dentro de casa, a gente tem um pouco de dificuldade com isso”.

Tal dificuldade de aceitação pelos familiares também foi mencionada pela conselheira tutelar.

Os profissionais do Caps ad fazem palestras sobre prevenção de DST/Aids e distribuem preservativos na linha. Sobre as estatísticas de atendimento na linha de fronteira, informaram que são feitos cerca de 30 atendimentos por dia: “Principalmente ao crack, que é o que mais a gente vê aqui, ali na linha só tem usuário de crack. Nós atendemos todos os dias cerca de 30 pessoas. Vamos colocar que três são menores, adolescentes, nós temos uns 10 a 15 adolescentes”.

Também foram solicitados à coordenadora do Caps ad alguns dados sobre o número e a forma de realização dos atendimentos no serviço. O tratamento se dá em três modalidades: intensivo (aproximadamente 20 a 30 pessoas por dia), no qual o usuário vai todos os dias ao serviço; semi-intensivo (cerca de 50 pacientes), com ida duas vezes por semana; e não intensivo (com aproximadamente 60 pacientes), com ida quinzenal. Existe ainda um grupo que comparece ao serviço de forma mais esporádica – uma vez por mês, a cada tantos meses, uma vez ao ano. Nesse grupo encontram-se cerca de 150 pacientes. Sobre a rotina deles, informou que chegam pela manhã e passam o dia no Caps. Lá participam das oficinas e grupos terapêuticos e fazem todas as refeições na unidade. Acrescentou que seria importante ampliar o leque de serviços oferecidos: “O ideal seria eles fazerem todo esse tratamento aqui e ter um local pra ficar à noite, um local adequado, um local humano que seja dentro de casa, que seja uma residência terapêutica”.

Sobre o tratamento, relatou que tentam fazê-lo de forma mais aberta e flexível, mas com regras e limites, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Falou ainda da dificuldade em manter o tratamento dos usuários de crack, diante da instabilidade de seus desejos.

É difícil a gente trabalhar assim com usuário de crack, porque hoje ele vem, hoje ele quer e amanhã ele já não vem, não quer, não sabe o que quer. Não é desistência, é realmente confusão mesmo nele. Um dia ele prefere a droga. Um dia ele prefere o tratamento. A gente manda muito adolescente e menor também, já mandamos muitos pras Comunidades [Terapêuticas]. Mas não ficam, não ficam porque eles falam que lá chega um certo momento que já não toma mais o remédio. Aí eles sentem falta do remédio, aí pedem pro pastor. (...) Esses são os relatos, eu não sei se é verdade ou se não é, o fato é que eles não conseguem ficar muito tempo.

Na visão da juíza, o município vem melhorando o atendimento em rede aos usuários de crack. Ressaltou, porém, a carência de pessoal (médicos e pessoal administrativo). A conselheira tutelar, por sua vez, afirmou que houve avanços, tendo sido criados um Creas e convênios com Comunidades Terapêuticas, e instituída uma “casa pousada” para que os pais possam permanecer com os filhos durante o tratamento. Relatou, contudo, que, dada a situação de fronteira de Ponta Porã, deveria haver um serviço especializado para atendimento dos usuários, assim como uma delegacia especializada no atendimento a crianças e adolescentes, além de uma ala no hospital para dependentes químicos.

## O papel institucional

Segundo a juíza da Vara da Infância e Juventude, seu papel é proteger as crianças e os adolescentes. Quando o caso é de uso de drogas (lícitas ou ilícitas) por parte dos pais/responsáveis, há encaminhamento dos indivíduos para o Creas e o Cras, que então os enviam ao Caps ad para tratamento. Se for verificado risco para a criança/adolescente, o Juizado, juntamente com o Conselho Tutelar, é acionado. É colhido um parecer do Ministério Público e então se decide sobre a necessidade de fazer o acolhimento em um SAI. Nessas situações, o Juizado passa a atuar de forma mais intensiva, verificando o empenho dos pais no tratamento. Caso se verifique que há pelo menos disposição, vontade e realmente compromisso dele em se tratar, realiza-se uma reaproximação com a família. Ressaltou-se, no entanto, que o limite para a permanência de uma criança/adolescente no acolhimento é dois anos. Depois desse período, caso o responsável não queira se tratar, a criança/adolescente é encaminhada para adoção.

No caso de crianças/adolescentes usuários, a juíza afirmou que há duas situações: quando há apoio familiar e quando não há. No primeiro caso, a situação às vezes nem chega à justiça, o caso é resolvido na própria rede, a qual é buscada pelos pais. Quando não há apoio da família, situações em que os usuários são abandonados ou estão em situação de rua, estes são encaminhados aos serviços de acolhimento, que ficam responsáveis por encontrar seus pais/responsáveis. A juíza considerou que o apoio familiar é fundamental para o êxito no tratamento. Enfatizou, contudo, que há casos em que não se pôde contar com a família e que estes foram resolvidos via rede e SAI. Informou ainda que na semana anterior tinha concedido a guarda do último adolescente acolhido em decorrência do uso de crack. No momento achava que não havia mais nenhuma criança/adolescente nessa situação.

Para o Conselho Tutelar, sua principal atribuição é garantir os direitos de crianças e adolescentes, devendo atuar como um advogado na defesa deles, sempre que se fizer necessário. Para a conselheira entrevistada, a situação de fronteira seca de Ponta Porã com Pedro Juan Caballero torna o trabalho bem mais difícil: “Aqui é um atendimento assim diferenciado de todo o país, porque nós temos um vizinho, que é só uma rua que divide o nosso país, então é difícil”. Afirmou que o primeiro passo é tentar fazer com que a criança/adolescente entenda a função do Conselho Tutelar; uma vez conquistada a confiança, pode-se fazer o encaminhamento para o Caps ad – serviço para a qual todos são direcionados em caso de dependência química. Este serviço então faz a avaliação e decide pelo tratamento no próprio serviço ou pelo encaminhamento para uma clínica. A fala da conselheira corrobora o que a equipe do Creas havia relatado em uma busca ativa por usuários de crack.

As dificuldades para atuar na “linha” ficam explícitas no fato de que, quando os adolescentes usuários querem conversar com a equipe técnica, eles ficam do lado brasileiro; quando não querem, simplesmente atravessam a rua e a equipe brasileira não pode atuar. Segundo a conselheira, todas as noites os usuários atravessam a linha para fazer consumo da droga.

Segundo o SAI, seu papel é atender os adolescentes em situação de risco. As crianças e adolescentes usuários de crack acolhidos nos SAIs são encaminhados às Comunidades Terapêuticas ou ao Caps ad para tratamento. No caso de atendimento no Caps, os adolescentes vão para lá de manhã e só retornam no final da tarde.

Para a secretária municipal de Assistência Social, o foco do órgão são todas as situações de vulnerabilidade social, e a atuação na garantia dos direitos de crianças e adolescentes é a prioridade. Embora não considere que o papel da secretaria seja o atendimento ou a busca de serviços para atender dependentes químicos, afirmou que o setor Saúde não assumiu essa tarefa e, então, a assistência social teve que fazê-lo. Assim, relatou o estabelecimento de parcerias com a rede privada (Comunidades Terapêuticas) para tratamento dos dependentes. Segundo a profissional, a SMAS coordena as ações de enfrentamento ao crack no município, fato que considera inadequado. Ao falar do tratamento oferecido pelo setor Saúde, questionou a validade do tratamento ambulatorial. Alegou que não seria apropriado no caso do crack.

Nós acabamos fazendo um papel que não é nosso, fomos buscar uma rede de atendimento. Primeiro o município não quis identificar, o

estado também não, na rede pública, e tivemos que reconhecer uma rede privada de atendimento. Assim chegamos nas Comunidades Terapêuticas. Por todas as reservas que se possa ter em relação ao que não pode ser chamado de tratamento. Portanto, era um lugar pelo menos que acolhia a família, as crianças, que estavam preparadas de uma certa forma pra receber um tratamento. Então foi por isso, enquanto órgão gestor, enquanto instituição, que nós estabelecemos essa direção. Nos envolvemos assim, com toda a equipe, na garantia dos direitos da criança e do adolescente e depois até do adulto, que tem direito ao atendimento no Sistema Único, mas que não tem atendimento, não tem leito pra desintoxicação. A Secretaria de Assistência Social hoje é a coordenadora das ações de enfrentamento ao crack e outras drogas em Ponta Porã. É um absurdo, mas estrategicamente a gente até aceitou.

Percebe-se na fala da gestora as dificuldades do atendimento realizado em Comunidades Terapêuticas, a única possibilidade real de acompanhamento em residências no município.

## O acompanhamento dos casos

Em relação ao acompanhamento dos casos na rede, a juíza relatou que este se dá por meio dos relatórios da equipe psicossocial que são encaminhados à justiça e também de laudos médicos, quando necessários. Afirmou ainda que o acompanhamento continua após o retorno da criança/adolescente ao lar.

Nós procuramos acompanhar através dos laudos médicos e dos relatórios da equipe psicossocial. Com base nisso a gente aplica uma outra medida protetiva mais ou menos branda, conforme a situação, e até o momento em que ele retorna pro lar. Enfim, no caso de retornar pro lar, então é feito um acompanhamento de mais 30, 60 dias, quando então a gente fica um pouco mais tranquila. Aí judicialmente o processo encerra e a rede continua acompanhando a família por mais um tempo, mas aí sem a necessidade de apresentação de relatório para o juiz.

Em relação ao atendimento aos usuários no serviço de saúde, a conselheira tutelar comentou que o mesmo apresenta problemas, especialmente no plantão noturno. Ela considerou o Hospital Regional precário. Disse que nada funciona e que desde 2009 vem solicitando, ao estado, à Secretaria de Saúde, ao Juizado e à Prefeitura, a construção de uma ala no Hospital Regional para atender crianças e adolescentes dependentes químicos. Segundo a conselheira,

o Hospital Regional está passando por reformas. Além disso, os profissionais do hospital não estão capacitados para o atendimento do usuário em “surto”. Relatou que houve uma situação em que, para a “proteção” do usuário, este foi colocado em uma cela da delegacia para passar a noite. Em sua opinião, era necessário um serviço de urgência, com pessoal capacitado, particularmente no período da noite.

A conselheira ressaltou ainda seu papel institucional de fiscalização dos órgãos que atendem crianças e adolescentes. Informou que o acompanhamento dos serviços de acolhimento e das Comunidades Terapêuticas é feito por meio de visitas, realizadas com alguma frequência, para conversar com os acolhidos. Acrescentou, contudo, que havia muito trabalho a ser feito e que sobrava pouco tempo para as visitas às Comunidades Terapêuticas.

## A articulação da rede

No que tange à articulação para atender as crianças e adolescentes usuárias de crack, a juíza acredita que atualmente a rede esteja bem mais integrada. Informou que costuma participar e convocar reuniões para discutir os problemas, mas que há muita rotatividade entre os integrantes da rede. Citou o Conselho Tutelar como exemplo. A saída possível, para ela, seria por meio da desburocratização do sistema e dos encontros entre vários atores/serviços.

A gente tem que fazer o seguinte: desburocratizar, sentar e conversar, frente a frente. Eu tenho isso pra oferecer; eu preciso daquilo; o que a gente vai fazer; tem essa situação; como nós vamos resolver. Então, é desburocratizar. É falar às vezes até por telefone, é sentar, vem aqui que eu preciso resolver uma situação de uma criança, de um adolescente. Porque se não conversar, se não tiver essa abertura entre a justiça, entre a rede, tanto de um tanto de outro, eu acho que a gente tem um entrave muito grande, e a gente não sai do papel. E aí fica ordem daqui, cumprimento quando pode dali, e o guri está ali. A gente não resolveu o problema dele.

Em contrapartida, a conselheira tutelar afirmou que há muitos problemas na articulação da rede de proteção, mas que considerava que a mesma estava funcionando. Não classificaria os programas como “cem por cento”, mas que estavam “engatinhando”.

As técnicas do SAI, por sua vez, relataram movimentos da rede relacionados com a questão do crack e eventos, até mesmo em nível federal. Sinalizaram perspectivas futuras de ação.

A rede tem se preocupado sim, tem feito vários encontros, congressos sobre crack com o pessoal de Brasília. Só que eu não tenho participado muito. A Secretaria de Assistência Social está criando um espaço do próprio município pra fazer esse atendimento, porque para atender criança e adolescente não tem espaço. Vai ter uma chácara, vai ser um projeto muito bom, vai ser meio afastado da cidade, e pra atender usuários de drogas, criança e adolescente.

O gestor do SAI também comentou a articulação com outros serviços, programas e instituições, informando várias atividades integradas à rede. Afirmou que sabe a localização, realiza troca de informações, reuniões periódicas e encaminhamento de casos para Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público, SMAS, Cras e Creas, Caps ad e escolas. Relatou que não há Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Caps i) no município e que não tem nenhuma articulação com os demais serviços de saúde mental, com creches e com o Caps. Declarou relação mais distante com delegacias e organizações não governamentais, das quais apenas sabe a localização e com as quais troca informações; também a Defensoria Pública e serviços de saúde são órgãos menos articulados ao SAI: apenas sabe onde estão, troca informações e efetua encaminhamentos.

A secretária municipal de Assistência Social considerou que a articulação não é um problema da rede, e sim do Sistema Único de Saúde. Segundo ela, a saúde tem um olhar deficitário sobre a temática. Embora a assistência social não faça parte da rede de atenção à saúde, em Ponta Porã essa área da atenção precisa agir para garantir os direitos de crianças e adolescentes. Afirmou que a cidade se encontra em um estágio privilegiado em relação a outros municípios na questão do enfrentamento ao crack, apesar de destacar a falta de apoio do setor Saúde.

Nós já estamos num processo, até um tanto avançado, na questão do Consultório de Rua, que eu acredito que seja parte da atenção à saúde. Nós nos sentimos muito privilegiados assim, porque todos esses anos, desde 2007, nós estamos nessa militância e aí nessas articulações com o núcleo municipal, com a política estadual, com a política federal, nós estamos indo atrás. Então, Ponta Porã tem modelo de atenção. Se você fizer uma avaliação, uma observação entre o Caps de Ponta Porã e o Caps que você conhece por aí, você vai ver a diferença daqui. Então eu acredito que a atenção, quando ela é feita, ela é feita pela saúde, sim. Agora é deficitário? É deficitário. É pouco efetivo? É pouco efetivo. Por conta da rede?

Não é por conta da rede, é por conta do sistema, na minha leitura, não é a rede local que é o problema, nem a rede estadual, nem a rede federal, é o Sistema Único de Saúde que é realmente pouco efetivo, (...) que só agora começou a despertar pra essa (...) epidemia que existe. (secretária da SMAS)

A despeito das dificuldades relatadas, a visão da secretária em relação ao município é que este vem enfrentando a questão do crack com articulação em todos os níveis: “existe uma rede local, uma rede nossa na assistência, essa rede falando com a rede da saúde, que fala com as outras instâncias”.

## Os desafios a serem enfrentados

Com relação aos desafios da justiça em relação à temática do crack, a juíza relatou que há dois aspectos fundamentais que necessitam atenção: aumento da divulgação do que já está disponível na rede em termos de tratamento para os usuários e melhoria na saúde pública, com oferta de vagas para internação. Segundo ela, não há vagas para internação dos casos de crianças e adolescentes usuários de crack. Afirmou que o entrosamento da rede ainda não é adequado e, em virtude disso, por vezes se desconhecem as possibilidades de tratamento e ajuda que já existem.

Especialmente em se tratando de crianças e adolescentes, é preciso investir mais. Até porque há uma previsão legal, que a gente vê pouco usada, nas verbas apreendidas do tráfico, que pela lei também deveriam ser aplicadas ao tratamento. A gente vê que, infelizmente, ela não é tão intensificada nesse lado. É aplicado, mas deveria ser melhor aplicado nesse aspecto.

Por sua vez, a conselheira tutelar afirmou que o grande desafio consiste no reconhecimento do órgão como porta de entrada de denúncias e de atendimento dessa população. Reforçou que é preciso cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente, mas que este estava em segundo plano, não era prioridade.

Para a equipe do SAI, o foco era a necessidade de capacitação do pessoal e ampliação da estrutura para atender os usuários de crack. Os técnicos enfatizaram que não têm capacitação para o atendimento e que a casa não tem segurança, ou seja, que seria um risco para o serviço e para os demais acolhidos ter o adolescente usuário junto aos demais.

Para a coordenadora do Caps ad, o desafio consiste em transformar o centro em Caps 24 horas, embora os recursos fossem escassos. Havia quantidade

suficiente de profissionais no serviço, mas a estrutura física deixava a desejar, sendo necessário expandi-la.

Já a secretária da Assistência Social afirmou que o principal alvo é o próprio tratamento e o atendimento aos usuários de crack. É garantir o direito a uma escola pública e de qualidade, ao atendimento de saúde, ao acompanhamento, nos casos em que o usuário estiver na rua, e potencializar as famílias.

Para a coordenadora do Caps ad, os desafios para a capacitação são significativos. Informou que no ano anterior ocorreram seminários sobre o tema e que muito foi dito e prometido. Contudo, sentia que naquele momento (no primeiro semestre de 2012), as coisas estavam em ritmo mais lento. Constatou o distanciamento da sociedade em relação ao problema.

Agora deu uma esfriada. Nós do Caps, a gente continua com o Consultório de Rua em parceria com o Creas, mas eu sinto assim um distanciamento muito grande. Por mais que você faça capacitação, por mais que você... A gente várias vezes foi na Câmara [municipal] fazer uma audiência pública, falando a respeito disso. Mas eu ainda sinto muito distanciamento das pessoas, do município, da rede em si e do município em geral, até da própria sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fronteira brasileira tem aproximadamente 17 mil km de extensão e faz a divisa de 11 estados com dez países. A BR-163 liga o estado do Paraná ao Mato Grosso do Sul, passando próximo à fronteira Brasil-Paraguai. É em torno dessa rodovia e de outras rodovias próximas à fronteira que a rota internacional de tráfico de drogas se materializa.

Historicamente, devido ao distanciamento dos centros econômicos e políticos, a faixa de fronteira foi marginalizada do debate e das decisões políticas nacionais e caracteriza-se, atualmente, pela baixa densidade demográfica e baixo IDH, além de problemas relacionados à violência, ao crime organizado, ao tráfico de armas e drogas, à exploração sexual, ao trabalho infantil, ao comércio ilegal, à falta de infraestrutura social e produtiva (Brasil, 2005).

A situação de fronteira seca traz inúmeros desafios à rede de proteção no enfrentamento ao crack. Todos os entrevistados colocaram questões como o baixo custo da droga e a facilidade de obtenção das mesmas como pontos importantes. Todos falaram da necessidade de trabalhar de forma articulada com as autoridades e serviços paraguaios.

A quantidade insuficiente de equipamentos, tais como Caps e leitos hospitalares ficou evidenciada na cidade de Ponta Porã. Segundo dados da Pesquisa sobre Assistência Médica Sanitária (IBGE, 2010), não há em Ponta Porã unidades de saúde com leitos de emergência psiquiátrica. Tal informação ainda persistia até 2013, tendo sido mencionada por praticamente todos os entrevistados. O Samu, apesar de aprovado, ainda não se encontrava em funcionamento. Os únicos leitos de saúde mental (cerca de oito) localizam-se no Paraguai (no Hospital Regional). Faltam também leitos de curta permanência.

Segundo o Ministério da Saúde, municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes devem contar com Caps II, Caps ad e rede básica com ações de saúde mental (Brasil, 2012a). Contudo, conforme colocado nas especificações do ministério, a composição da rede deve ser definida seguindo esses parâmetros, mas também atendendo a realidade local. Assim, deve-se pensar em uma única cidade (Ponta Porã – Pedro Juan Caballero), composta de aproximadamente 200 mil habitantes, o que acaba sendo a realidade para a rede de atendimento.

Conforme mencionado na seção sobre composição da rede, há em Ponta Porã equipes da ESF (13 equipes). Contudo, verifica-se ser necessária a maior integração com os serviços que atendem os usuários de crack e também com as UBS. De acordo com a fala da coordenadora do Caps ad, há pouca interação entre o Caps e esses outros equipamentos, salvo algumas exceções (duas equipes da ESF com as quais há maior interação).

Um outro aspecto importante, mencionado pela conselheira tutelar se refere ao controle das Comunidades Terapêuticas. Ela alertou sobre a importância de se fiscalizar esses serviços que recebem recursos públicos, pois teme que acabem se tornando um comércio, sem trazer contribuição efetiva para os usuários. Vários atores entrevistados questionaram a qualidade do serviço prestado pelas comunidades, especialmente aquelas de orientação religiosa, onde por vezes não eram disponibilizados medicação e acompanhamento médico e psicológico para o dependente químico. A carência de atividades ocupacionais também foi observada. Restava aos usuários ocupar seu tempo ocioso apenas com orações e raras atividades.

A presença de crianças na “linha” e sua ausência nos serviços indicam uma invisibilidade do crack nas faixas mais novas, aspecto que merece ser considerado pelos serviços da rede socioassistencial. A falta de especificidade do atendimento oferecido ao adolescente, num cenário de serviços mais voltados

para a faixa adulta, mostra a vulnerabilidade existente para a população infantojuvenil em Ponta Porã. Em contrapartida, a facilidade do acesso ao uso do crack e a atração despertada pelo dinheiro fácil conseguido com o transporte de drogas tendem a trazer jovens de todo o país para a região. Todos esses fatores requerem que haja efetivo desenvolvimento da rede socioassistencial das cidades gêmeas no que se refere ao cuidado de crianças e adolescentes em contato com o crack.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, D. N. Políticas sociais sobre dependentes químicos de álcool, crack e outras drogas. Disponível em: <[www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/AP20110414\\_Doralice\\_Alcantara.pdf](http://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/AP20110414_Doralice_Alcantara.pdf)>. Acesso em: dez. 2012.

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

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: Senad, 2009. Disponível em: <[www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf)>. Acesso em: fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Decreto n. 7.496, 8 jun. 2011. Plano Estratégico de Fronteiras. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental passo a passo. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1)>. Acesso em: dez. 2012a.

BRASIL. Senado Federal. Ponta Porã tem plano local de enfrentamento ao crack integrado a Pedro Juan Caballero. Disponível em: <[www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/ponta-pora-tem-plano-local-de-enfrentamento-ao-crack-integrado-a-pedro-juan-caballero.aspx](http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/ponta-pora-tem-plano-local-de-enfrentamento-ao-crack-integrado-a-pedro-juan-caballero.aspx)>. Acesso em: dez. 2012b.

CARLINI E. A. et al. II Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

GALDURÓZ, J. C. et al. 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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Disponível em: <[www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500660&search=mato-grosso-do-sul|ponta-pora](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=500660&search=mato-grosso-do-sul|ponta-pora)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Ranking do IDH dos municípios do Brasil – 2013. Disponível em: <[www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf](http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

MURAKI, S. M. P. Prevalência do Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Adolescentes do Ensino Fundamental e Médio do Município de Dourados – MS, 2009. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

NOTO, A. R. et al. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

PONTA PORÃ. Prefeitura municipal. Perfil de Ponta Porã – 2014. Disponível em: <[www.pontapora.ms.gov.br/?p=cidade-perfil](http://www.pontapora.ms.gov.br/?p=cidade-perfil)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

SANTOS, E. H. Prevalência do Uso de Drogas entre Estudantes Adolescentes de Glória de Dourados/MS, 2012. Dissertação de Mestrado Profissional, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz.

SILVA, R. M. & OLIVEIRA, T. C. M. O mérito das cidades-gêmeas nos espaços fronteiriços. Observatorio Iberoamericano del Desarrollo Local y la Economía Social, (OIDLES), 2(5), 2008. Disponível em: <[www.eumed.net/rev/oidles/05/msmo.htm](http://www.eumed.net/rev/oidles/05/msmo.htm)>. Acesso em: ago. 2015.