



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ESTUDOS
FRONTEIRIÇOS**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DO PANTANAL**

LEYSIANNE PEREIRA MARTINS

**SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS SOB TRATAMENTO
AMBULATORIAL: ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA FRONTEIRA**

**CORUMBÁ/MS
2017**

LEYSIANNE PEREIRA MARTINS

**SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS SOB TRATAMENTO
AMBULATORIAL: ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Campus do Pantanal, como requisito para obtenção do título de Mestre em Estudos Fronteiriços.

Linha de Pesquisa: Saúde e Trabalho da População de Fronteira.

Orientador: Prof. Dr. Luís Fernando Galvão.

**CORUMBÁ/MS
2017**

LEYSIANNE PEREIRA MARTINS

**SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS SOB TRATAMENTO
AMBULATORIAL: ESTUDO DA INFLUÊNCIA DA FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Campus do Pantanal, como requisito para obtenção do título de Mestre em Estudos Fronteiriços. Aprovado em ___/___/___, com conceito _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Luís Fernando Galvão
(Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Cpan)

Avaliador externo: Prof^a. Dr^a. Carmem Adélia Saad Costa
(Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Cpan)

Avaliador interno: Prof. Dr. Marco Aurélio Machado de Oliveira
(Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Cpan)

Dedico essa dissertação ao meu marido e
companheiro, Geraldo Garbelini pelo apoio e
incentivo aos estudos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, em especial, aos meus pais José Carlos e Márcia, pela presença constante em minha vida, pelo amor, carinho e constante incentivo aos estudos. A vocês meu respeito e gratidão eternos.

Ao meu marido, Geraldo Garbelini, por seu companheirismo, apoio, motivação e compreensão em todos os momentos, pela disponibilidade e vontade em me ajudar sempre que necessário mesmo comprometido e ocupado, também, com sua dissertação de mestrado.

Aos meus amigos, pelo carinho e amizade.

Ao Programa de Mestrado em Estudos Fronteiriços da UFMS/Cpan pela oportunidade de realização do curso de mestrado, ao qual me sinto feliz.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luís Fernando Galvão, primeiro, por incentivar a continuidade da pesquisa realizada durante a graduação sob sua orientação e segundo, por sua valiosa contribuição para a realização deste trabalho com suas sábias orientações e colocações que me proporcionaram adquirir conhecimento e crescer na vida acadêmica e profissional.

Aos professores que se fizeram presentes na banca de qualificação, prof^ª Dr^ª Vanessa Catherina e prof. Dr. Marco Aurélio, pelas sugestões e críticas que enriqueceram e aprimoraram este trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Estudos Fronteiriços da UFMS/Cpan que possibilitaram entrar em contato com uma diversidade de nuances que circunscreve a fronteira em diferentes perspectivas interpretativas.

Aos colegas de curso, por fazer parte dessa trajetória acadêmica e compartilhar conhecimentos, em especial, a Pamela que se tornou uma amiga, e juntas dividimos muitas angústias, mas também boas risadas.

Aos profissionais das instituições participantes, que me acolheram e colaboraram de alguma forma com essa pesquisa, especialmente, aos meus colegas de trabalho do CAPS ad de Corumbá/MS pela compreensão nos momentos em que precisei estar ausente e pelo incentivo. E ainda, um agradecimento mais que especial à Sílvia Freire, carinhosamente conhecida por Silvinha, que no período da pesquisa exercia a função de coordenadora de saúde mental do município e me ofereceu todo o apoio e incentivo. E a Marci Eliane, nova coordenadora, que continuou me apoiando e incentivando

Aos pacientes dos CAPS's ad, sem os quais essa pesquisa não poderia ser realizada, pela sua participação e colaboração durante a coleta dos dados.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

MARTINS, L. P. *Saúde mental de usuários de drogas sob tratamento ambulatorial: estudo da influência da fronteira*. 2017. 114 p. Dissertação (Mestrado em Estudos Fronteiriços). Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) /Campus do Pantanal (Cpan), Corumbá, 2017.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de delineamento correlacional que se propôs a verificar se os usuários de drogas das regiões fronteiriças (Corumbá/MS e Ponta Porã/MS) apresentam níveis de indicadores de saúde mental e qualidade de vida significativamente diferentes daqueles que residem em região não fronteiriça (Campo Grande/MS), devido à complexidade e diversidade de fatores presentes na fronteira. A pesquisa foi realizada com usuários de drogas e/ou usuários cruzados, acima de 18 anos e de ambos os sexos que se encontravam sob tratamento ambulatorial nos CAPS's ad dos municípios de Corumbá/MS (Grupo 1, N=32), Ponta Porã/MS (Grupo 2, N=19) e Campo Grande/MS (Grupo 3, N=23), constituindo-se em três grupos de amostras independentes. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: a) roteiro estruturado com questões sobre as características sociodemográficas, relativas ao uso de drogas e a percepção da fronteira; b) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL); c) Inventário de Depressão Beck (BDI); d) Inventário de Ansiedade Beck (BAI); e) *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); e f) Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36). A análise de dados foi realizada segundo o delineamento descritivo e correlacional; utilizou-se de frequências, porcentagens, médias e desvio padrão e do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, através do *Microsoft Office Excel* e do *Software SPSS for Windows – Versão 19.0*, o que possibilitou: 1) delinear o perfil dos participantes; 2) identificar os níveis dos indicadores de saúde mental e qualidade de vida; e 3) estabelecer um comparativo entre os indicadores de saúde mental e qualidade de vida dos três grupos de amostras independentes para averiguar se a condição fronteiriça produz efeitos significativos sobre tais indicadores. Os resultados indicam a ausência de uma diferença representativa e significativa, do ponto de vista estatístico, entre os níveis dos indicadores de saúde mental e qualidade de vida das amostras fronteiriças e não fronteiriça. Além da análise quantitativa, a análise qualitativa também foi empregada na interpretação dos resultados encontrados no intuito de ampliar a compreensão do fenômeno pesquisado, sobretudo em relação a uma possível articulação entre os dois campos que norteiam essa pesquisa: o uso de drogas e as variáveis fronteiriças, sob a dimensão simbólica, uma vez que a maioria expressiva dos participantes associou a fronteira a vivências negativas, cujos efeitos são percebidos na qualidade da saúde mental da amostra, ainda que não sejam estatisticamente significativos. Assim, a pesquisa aponta a complexidade e diversidade de variáveis que envolvem a dependência química, corroborando o que a literatura científica apresenta sobre o tema, cuja compreensão do fenômeno é atribuída às peculiaridades de cada sujeito.

Palavras-chave: drogas; saúde mental; qualidade de vida; fronteira.

RESUMEN

Se trata de una investigación descriptiva de delineamiento correlacional que se propuso verificar si los usuarios de drogas de las regiones fronterizas (Corumbá/MS y Ponta Porã/MS) presentan niveles de indicadores de salud mental y calidad de vida significativamente diferentes de aquellos que residen en región no fronteriza (Campo Grande/MS), debido a la complejidad y diversidad de factores presentes en la frontera. La investigación fue realizada con usuarios de drogas y/o usuarios cruzados, arriba de los 18 años y de ambos sexos que se encontraban bajo tratamiento ambulatorio en los CAPS's ad de los municipios de Corumbá/MS (Grupo 1, n = 32), Ponta Porã/MS (Grupo 2, n = 19) y Campo Grande/MS (Grupo 3, n = 23), constituyéndose en tres grupos de muestras independientes. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: a) lo guión estructurado con preguntas sobre las características socio-demográficas, sobre el uso de drogas y la percepción de la frontera; b) Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos Lipp (ISSL); c) Inventario de Depresión Beck (BDI); d) Inventario de Ansiedad Beck (BAI); e) *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); y f) Versión Brasileña de Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36). El análisis de datos fue realizado siguiendo el delineamiento descriptivo y correlacional; se utilizó de frecuencias, porcentajes, media y desvío padrón y de el test no paramétrico *Kruskal-Wallis*, a través del *Microsoft Office Excel* y del *Software SPSS for Windows* - Versión 19.0, lo que permitió: 1) definir el perfil de los participantes; 2) identificar los niveles de indicadores de salud mental y calidad de vida; y 3) establecer una comparación entre los indicadores de salud mental y calidad de vida de los tres grupos independientes de muestras para detectar la condición de frontera produce efectos significativos sobre dichos indicadores. Los resultados indican la ausencia de una diferencia representativa y significativa desde un punto de vista estadístico, entre los niveles de los indicadores de salud mental y la calidad de vida de las muestras fronterizas y no fronteriza. Además del análisis cuantitativo, también se utilizó el análisis cualitativo en la interpretación de los resultados con el fin de aumentar la comprensión del fenómeno estudiado, particularmente en relación con una posible articulación entre los dos campos que guían esta investigación: el uso de las drogas y las variables de frontera, a través de la dimensión simbólica, ya que la mayoría de los participantes asociados a la frontera experiencias negativas, cuyos efectos se ven en la calidad de la salud mental de la muestra, aunque no son estadísticamente significativas. Por lo tanto, la investigación demuestra la complejidad y diversidad de variables que involucran adicción a las drogas, lo que corrobora lo que la literatura científica expone sobre el tema, cuya comprensión del fenómeno se atribuye a las peculiaridades de cada sujeto.

Palabras clave: drogas; salud mental; calidad de vida; frontera.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| BAI | Inventário de Ansiedade Beck (<i>Beck Anxiety Inventory</i>) |
| BDI | Inventário de Depressão Beck (<i>Beck Depression Inventory</i>) |
| BO | Bolívia |
| BR | Brasil |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS ad | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CAPS I | Centro de Atenção Psicossocial – modalidade I |
| CAPS III | Centro de Atenção Psicossocial – modalidade III |
| Cia. | Companhia |
| CID-10 | Código Internacional de Doenças – 10ª revisão |
| CRP/MS | Conselho Regional de Psicologia de Mato Grosso do Sul |
| D.P. | Desvio Padrão |
| DSM-V | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ISSL | Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp |
| MS | Mato Grosso do Sul |
| PA | Paraguai |
| RD | Redução de Danos |
| SF-36 | Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (<i>The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i>) |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SRQ-20 | Questionário de Sofrimento Mental (<i>Self Reporting Questionnaire</i>) |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| X^2 | Valor do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas das amostras | 65 |
| Tabela 2. Caracterização das amostras em relação ao uso de drogas e ao tratamento | 70 |
| Tabela 3. Resultados obtidos no ISSL referente aos sintomas de <i>stress</i> das amostras..... | 79 |
| Tabela 4. Resultados obtidos no BDI referente aos sintomas de depressão das amostras | 80 |
| Tabela 5. Resultados obtidos no BAI referente aos sintomas de ansiedade das amostras | 81 |
| Tabela 6. Resultados obtidos nos oito domínios do SF-36 referente à qualidade de vida das amostras..... | 84 |
| Tabela 7. Resultados obtidos pelas amostras no SF-36 a partir dos dois componentes que integram os oito domínios | 84 |
| Tabela 8. Teste <i>Kruskal-Wallis</i> (X^2) entre as médias dos escores dos indicadores de saúde mental das amostras..... | 85 |
| Tabela 9. Teste <i>Kruskal-Wallis</i> (X^2) entre as médias dos escores de cada domínio do indicador de qualidade de vida das amostras..... | 86 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Percepção das amostras em relação à fronteira | 74 |
| Gráfico 2. Influência da fronteira na adicção dos participantes constituintes das amostras da região fronteira | 75 |
| Gráfico 3. Fatores presentes na fronteira que influenciaram na adicção dos participantes da amostra do Grupo 1 | 76 |
| Gráfico 4. Fatores presentes na fronteira que influenciaram na adicção dos participantes da amostra do Grupo 2 | 77 |
| Gráfico 5. Indicador de Transtorno de Sofrimento Mental Comum entre as amostras a partir do SRQ-20 | 83 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 ASPECTOS TEÓRICOS | 16 |
| 1.1 Drogas e drogadição: considerações gerais | 16 |
| 1.1.1 A problemática da drogadição envolvendo a saúde mental do usuário..... | 20 |
| 1.1.2 Drogadição: da intervenção proibicionista para a intervenção da saúde pública..... | 23 |
| 1.1.3 Tratamento para a drogadição | 27 |
| 1.1.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): uma política pública de atenção à saúde mental dos usuários de álcool e outras drogas..... | 29 |
| 1.2 Fronteira: apontamentos conceituais | 32 |
| 1.2.1 A fronteira no Mato Grosso do Sul entre Corumbá (BR)/Puerto Quijarro (BO) e Ponta Porã (BR)/Pedro Juan Caballero (PA): algumas características..... | 37 |
| 1.2.2 Condição fronteiriça: potencialidades e vulnerabilidades | 45 |
| 1.3 A relação entre drogas e fronteira..... | 47 |
| 1.3.1 Drogas e fronteira: sua repercussão mundial..... | 49 |
| 2 PERCURSO METODOLÓGICO | 54 |
| 2.1. Tipo de pesquisa | 54 |
| 2.2 Local | 54 |
| 2.3 Participantes | 56 |
| 2.4 Instrumentos | 56 |
| 2.5 Procedimentos | 59 |
| 2.5.1 Análise de dados..... | 62 |
| 3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 64 |
| 3.1 Análise descritiva: caracterização da amostra | 64 |
| 3.2 Análise estatística: delineamento correlacional para comparação de variáveis entre as amostras..... | 84 |
| 3.3 Análise qualitativa | 87 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 92 |
| REFERÊNCIAS | 94 |
| APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 105 |
| APÊNDICE B – Modelo do Roteiro estruturado para a entrevista | 107 |
| ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética | 108 |
| ANEXO B – Termos de Anuência das instituições co-participantes..... | 112 |

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, intitulada “Saúde mental de usuários de drogas sob tratamento ambulatorial: estudo da influência da fronteira”, está vinculada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Campus do Pantanal e se propõe a discutir a questão da drogadição na fronteira Corumbá (BR)/Puerto Quijarro (BO) e Ponta Porã(BR)/Pedro Juan Caballero (PA), mais especificamente alguns aspectos da saúde mental de usuários de drogas ilícitas e/ou usuários cruzados¹, em uma perspectiva voltada para a Psicologia, a partir da avaliação de alguns indicadores de saúde mental, como: *stress*, depressão, ansiedade, sofrimento mental e qualidade de vida, utilizando-se de instrumentos psicológicos padronizados e validados e escalas de saúde, no intuito de verificar se os usuários de drogas que residem em Corumbá/MS e Ponta Porã/MS (regiões de fronteira) apresentam níveis de indicadores de saúde mental significativamente diferentes daqueles que residem em região não fronteiriça – Campo Grande/MS, devido à complexidade e diversidade de fatores presentes na fronteira.

É notório que o uso abusivo de drogas é uma realidade crescente da nossa sociedade e se faz presente nos mais diferentes grupos humanos e contextos sociais, transcendendo as fronteiras. Atualmente, é considerado um grave problema de saúde pública, de ordem internacional que acarreta importantes implicações e limitações nos usuários, entre elas: físicas, psicológicas, sociais e laborais, indo muito além de uma mera mercadoria em trânsito ilegal entre os países. Além de se constituir em uma das preocupações dos profissionais de saúde e da população devido o crescimento significativo de usuários de drogas no mundo (COSTA; GONÇALVES, 2002; PAIVA; OLIVEIRA; SILVEIRA 2002; PEUKER et al., 2010; PRATTA; SANTOS, 2006, 2009).

No entanto, quando se fala no fenômeno da drogadição na fronteira, observa-se que o tema é pensado pela sociedade e pelas políticas prioritariamente sob a ótica da segurança pública – materializada por meio de diferentes e expressivas formas de repressão ao consumo e ao tráfico, associadas a fortes traços de ideais de um mundo livre das drogas, com conceitos moralistas, devido às características da região de fronteira, como rota de escoamento de drogas para os grandes centros e a forte presença de práticas ilícitas (AMORIM, 2012; WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015).

¹ Os usuários cruzados são os chamados indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e drogas ilícitas concomitantemente.

É evidente que as drogas envolvem problemas como a criminalidade que foge do campo da saúde pública e se refere à dimensão jurídica (DIAS, 2008), cuja negação seria ingênua, mas há problemas direcionados à saúde mental e à qualidade de vida que envolve a dimensão do próprio usuário e que diz respeito à saúde, que não recebe a devida relevância tanto nas políticas públicas como nas produções científicas voltadas para a fronteira. Assim, a percepção dos próprios usuários de drogas sobre a fronteira e a repercussão em sua vida, na maioria das vezes, é ignorada e não constitui objeto de pesquisa.

Contudo, pensar a questão da drogadição na fronteira a partir da relação que os usuários de drogas estabelecem com essa região e se as variáveis fronteiriças influenciam na saúde mental dos mesmos é possível, a partir, da dimensão simbólica de fronteira proposta por Sandra Pesavento (2002; 2006) que atua na representação da realidade, na forma como cada indivíduo vivencia e percebe a sociedade e a cultura. Uma perspectiva ainda em construção, que deve se coadunar com a dimensão geopolítica e histórica, consideradas do ponto de vista teórico, referências para a compreensão dos fenômenos fronteiriços, mas insuficientes para circunscrever o objeto desta pesquisa.

Tradicionalmente, o conceito de fronteira costuma remeter à idéia de limite territorial, de barreira que não pode ser transposta e que separa um território do outro. Todavia, as concepções de fronteiras estão muito além da geopolítica e remete-se a um espaço de trocas, comunicação e integração, proporcionando mistura entre culturas e povos. São construções culturais e simbólicas de pertencimento que se define pela diferença do Outro. Assim, as fronteiras têm características peculiares com suas próprias conexões econômicas, políticas, culturais e sociais, que lhe atribuem uma lógica própria e diferente de outros lugares do Estado-Nação (OLIVEIRA, T., 2010, 2011; PESAVENTO, 2006), características essas que podem ser reconhecidas como variáveis fronteiriças que possibilita aos indivíduos dessa localidade estar sujeitos a uma condição fronteiriça.

Nesse sentido, as fronteiras são regiões onde se encontram particularidades e potencialidades, mas também problemas de ampla magnitude que necessitam de atenção, como: o tráfico de drogas, a drogadição e a criminalidade. Isso porque, essas regiões apresentam uma realidade diferenciada com características que facilitam à manifestação desses fenômenos, como a posição geográfica, a presença de várias estradas vicinais, a falta de políticas públicas específicas, a existência de distintos regimes jurídicos e econômicos, a pouca fiscalização e as emaranhadas relações informais. A interação desses fatores facilita o tráfico de drogas e armas para os grandes centros e também a distribuição nas próprias

idades fronteiriças, potencializando o aumento do número de usuários de drogas (AMORIM, 2012; GEMELLI, 2013; MARCA, 2007).

Portanto, os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos (variáveis fronteiriças) presentes nas fronteiras podem interferir na vivência e cotidiano dos indivíduos que ali residem. Da mesma forma, é possível estimar que essas variáveis afetam a saúde mental e a qualidade de vida dessa população, inclusive dos usuários de drogas que mantêm uma percepção e relação peculiar com esta região devido à facilidade de acesso às drogas e preços baixos, fatores que atraí usuários de outros lugares a esta região fronteiriça (conforme experiência empírica da pesquisadora decorrente da atuação enquanto psicóloga junto a uma unidade de CAPS ad), o que aumenta o número de usuários à procura das drogas e com isso o aumento das chamadas bocas de fumo² e, também, a criminalidade.

Segundo Marca (2007), os fenômenos de fronteira têm influência significativa na saúde mental dos indivíduos que residem nesta região, devido aos diversos determinantes sociais, as particularidades e ambiguidades presentes. Assim, podemos pensar que os dependentes de drogas também podem ter prejuízos significativos no âmbito da saúde mental, não só devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas, mas também em virtude do conjunto de fatores presentes em seu ambiente de convivência – a região de fronteira.

Logo, o presente estudo se coloca diante dois fenômenos: a fronteira e as drogas, cuja abordagem não é uma tarefa simples e fácil, pois ambos estão carregados de estigmas e preconceitos, estabelecem uma relação polêmica perante a sociedade e o Estado, envolvem uma série de variáveis difíceis de serem mensuradas, além de uma complexidade de fatores que os circunscrevem. No entanto, não se busca reforçar a visão reducionista e estigmatizadora da fronteira, como frequentemente é divulgado na mídia e, muitas vezes, observado pelo próprio Estado e por indivíduos que vivem fora das regiões fronteiriças – como um lugar de amplas ilegalidades. Apesar disso, não se pode ignorar que o conjunto desses fenômenos se faz presente nesse espaço, repercute sobre a vida das pessoas e necessita de um olhar diferenciado.

A partir dessas considerações e, tendo em vista o desenho de um problema de pesquisa relacionado à fronteira e às drogas, particularmente aos usuários de drogas, a pesquisadora propõe duas indagações: as variáveis fronteiriças (aspectos sociais, culturais, ambientais, econômicos e políticos da fronteira) interferem de fato sobre os indicadores de saúde mental (ansiedade; depressão; stress e sofrimento mental) e qualidade de vida de usuários de drogas

² As chamadas bocas de fumo são os pontos de venda de drogas.

da região de fronteira? De modo que estes indivíduos apresentem diferenças significativas nos níveis dos indicadores quando comparados com aqueles que não residem na fronteira?

Tais questionamentos partem da hipótese de que as variáveis presentes na fronteira, as quais lhe configuram uma dinâmica própria, influenciam o cotidiano e a vivências dos moradores, e muitas vezes, a saúde mental destes, inclusive dos usuários de drogas que residem nesta região.

O interesse em pesquisar a saúde mental e a qualidade de vida de usuários de drogas das regiões de fronteira surgiu devido a dimensão que envolve a problemática das drogas nas fronteiras, o crescimento estatístico significativo de usuários de drogas no nosso país, as consequências acarretadas em diversas áreas da vida do indivíduo, especialmente na saúde mental e a escassez de estudos sobre drogadição na fronteira na perspectiva da saúde pública. Somado a estes fatores de interesse pelo tema, destaca-se o desejo pessoal da pesquisadora de dar continuidade e amplitude ao Trabalho de Conclusão de Curso realizado em 2011 e a própria experiência pessoal enquanto psicóloga que atua no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS, localizado na região de fronteira com a Bolívia, onde observa empiricamente tal problemática envolvendo o usuário de drogas e a fronteira. As percepções obtidas ao longo de quatro anos de atuação, demonstram que esses indivíduos estabelecem uma relação diferencial com essa região; observa-se nos relatos dos próprios usuários (pacientes do CAPS ad) a facilidade no acesso e obtenção das drogas, a visão das bocas de fumo como lugares tranquilos, muitas vezes, casas de família onde não há pessoas armadas para proteger os espaços, como nos grandes centros e, ainda, os menores preços por drogas classificadas de boa qualidade.

Para conseguir responder ao questionamento da pesquisa foram formulados alguns objetivos. O geral consiste em verificar se as variáveis fronteiriças produzem efeitos significativos sobre os indicadores de saúde mental e qualidade de vida dos usuários de drogas sob tratamento ambulatorial no CAPS ad; e entre os específicos, delinear o perfil dos participantes; avaliar a qualidade de vida e os indicadores de saúde mental dos mesmos, tais como: o nível de stress; o nível de depressão; o nível de ansiedade; a presença ou ausência de Transtorno Mental Comum e, por último, comparar e estimar a diferença entre os níveis dos indicadores de saúde mental e de qualidade de vida desses usuários de drogas que participaram da pesquisa.

Assim, para alcançar os objetivos propostos, o estudo utilizou-se da pesquisa descritiva com delineamento correlacional, o que possibilitou estabelecer um comparativo entre as variáveis dos grupos independentes sob a influência de alguma condição, que neste

caso, corresponde a um comparativo entre os níveis dos indicadores de saúde mental dos usuários de drogas de Corumbá/MS, Ponta Porã/MS e Campo grande/MS, portanto, dois grupos que estão sob a condição de fronteira e um grupo de não está sob a condição de fronteira e assim, estimar as diferenças entre eles. Contudo, foi necessário definir o local da pesquisa, os participantes e os instrumentos de coleta de dados, assim como, as provas estatísticas necessárias para analisá-los, percurso metodológico que será apresentado detalhadamente mais adiante no segundo capítulo.

Portanto, para dar conta de atender as propostas dessa pesquisa, considerando o enfoque metodológico, o presente estudo se estruturou textualmente da seguinte forma: no primeiro capítulo são apresentados alguns aspectos teóricos referentes aos assuntos pertinentes à pesquisa que orientam esta dissertação, inicialmente expõem-se alguns conceitos e considerações sobre drogas e drogadição envolvendo a saúde mental do usuário; o reconhecimento da drogadição como problema de saúde pública e o desenvolvimento de políticas públicas específicas como a criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad); em seguida são apresentados alguns apontamentos conceituais sobre a fronteira com destaque na dimensão simbólica proposta por Sandra Pesavento (2002; 2006) que melhor circunscreve o objeto da pesquisa, também se apresentam as características dos municípios de fronteira que abrange este estudo: Corumbá/MS e Ponta Porã/MS, com suas potencialidades e problemas de ampla magnitude, como a drogadição e depois se esclarece a questão das variáveis fronteiriças e condição fronteiriça retratada no texto e, por último discuti-se a relação entre as drogas e a fronteira que tem repercussão mundial, enfatizando sua perspectiva de abordagem nas regiões fronteiriças que, apesar dos avanços, ainda está voltada para a área da segurança pública (repressão). No segundo capítulo apresenta-se o percurso metodológico para atingir os objetivos propostos. Já os resultados e a discussão dos resultados obtidos, a partir das coletas de dados, são apresentados no terceiro capítulo. E por fim, o quarto capítulo é dedicado às considerações finais que encerra o trabalho.

1 ASPECTOS TEÓRICOS

No primeiro capítulo deste trabalho apresentam-se conceitos, considerações e apontamentos teóricos sobre os temas que norteiam a compreensão do objeto da presente pesquisa – a saúde mental de usuários de drogas da região de fronteira.

1.1 Drogas e drogadição: considerações gerais

A drogadição se constitui na principal temática deste trabalho e para compreendê-la, assim como, compreender o sujeito e o objeto da pesquisa é necessário utilizar de alguns conceitos e considerações teóricas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga “é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI, 2010, p. 16).

Um grupo de produtos químicos, chamados psicotrópicos, provoca alterações no Sistema Nervoso Central (SNC), em particular alterações da percepção, do humor e das sensações, induzindo ainda que temporariamente, sensações de prazer, de euforia, ou aliviando o medo, a dor, as frustrações, as angústias, etc (GONÇALVES, 2002, p. 9).

A intensidade e a qualidade das alterações psíquicas produzidas pelas drogas psicotrópicas variam de acordo com o tipo de droga e a quantidade desta, com as características do indivíduo que a ingere, com as expectativas sobre o seu efeito e com as circunstâncias em que foi ingerida. Apesar dos efeitos que as drogas psicotrópicas causam no Sistema Nervoso Central (SNC), elas também atuam em outros órgãos, como o intestino, o coração e os vasos sanguíneos, e ainda, sobre o comportamento do indivíduo (OLIVEIRA, 2002).

As drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras, dependendo dos seus efeitos sobre o SNC. As drogas depressoras são as que provocam redução da atividade do SNC, e tem como consequência a tendência de diminuir a atividade motora, a reação à dor e da ansiedade, desencadeando inicialmente euforia e posteriormente sonolência (ex.: ansiolíticos, hipnóticos, álcool, morfina e heroína). Quando se fala em drogas estimulantes, são as que ativam o SNC, aumentando o estado de atenção e alerta do indivíduo, suprimindo o sono e a fadiga, inibindo a fome e ainda acelerando os processos psíquicos (ex.: anfetaminas e cocaína). Já as drogas perturbadoras (ou alucinógenas), são as que perturbam a atividade do SNC e causam alterações no

funcionamento cerebral, o que provoca sintomas semelhantes aos da loucura como, distorção na percepção, delírios, ilusões e alucinações (ex.: LSD, maconha e êxtase). Nesse sentido, tais substâncias provocam nos indivíduos efeitos agudos e crônicos, somáticos e psíquicos sobre o seu organismo (NICASTRI, 2010).

As drogas também podem ser classificadas quanto a sua origem: natural, sintética ou semi-sintética. As drogas naturais são extraídas de plantas, animais ou minerais, não sendo necessário submetê-las a processos laboratoriais de adição de componentes químicos, como por exemplo, o ópio, extraído da papoula; a cafeína, extraída do café; e a maconha, obtida através da planta *Cannabis Sativa*. As sintéticas são totalmente produzidas em laboratório, através de processos químicos, como por exemplo, o LSD, o ecstasy e o anabolizantes. E as semi-sintéticas são aquelas obtidas através da combinação de drogas naturais e submetidas a processos químicos de transformação, ou seja, são drogas naturais alteradas em laboratórios, como por exemplo, o crack, a pasta base³, a cocaína, a heroína e a morfina (GEMELLI, 2013).

Sob o ponto de vista legal, as drogas são classificadas em lícitas que são aquelas legalmente disponíveis, como remédios, álcool e cigarros, e as ilícitas que são as drogas proibidas pela legislação de serem produzidas, vendidas e usadas, como maconha, cocaína, crack e pasta base (GEMELLI, 2013).

Pratta e Santos (2006, p. 316) relatam que “as drogas possuem propriedades reforçadoras, podendo, portanto, levar à dependência”. No entanto, nem todo o uso de drogas se configura, necessariamente, enquanto dependência. A relação que cada indivíduo estabelece com a droga consumida, é significativamente distinta e pode se apresentar sob diferentes padrões de consumo, dependendo do nível de interação estabelecida entre o indivíduo (com suas características de personalidade e sua singularidade biológica); a substância (com suas propriedades farmacológicas específicas) e o contexto (onde se realiza o encontro indivíduo e drogas), podendo variar entre o uso experimental até a dependência (SCHENKER; MINAYO, 2005; SILVEIRA, 1996).

Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) destacam três padrões de consumo de drogas: uso, abuso e dependência de drogas. O uso consiste em consumir substâncias psicoativas de forma esporádica; o abuso está ligado ao consumo de substâncias constante de forma a trazer alguns prejuízos (biológicos, psicológicos ou sociais) para o indivíduo; e a dependência diz respeito

³ É um tipo de droga derivada da pasta base de cocaína que tem um baixo custo e é muito utilizada em Corumbá/MS.

ao consumo sem controle das substâncias psicoativas associados a graves problemas ao usuário, seja na esfera familiar, profissional, judicial, lazer e de saúde.

Silveira e Silveira (1999) traz uma distinção ainda maior entre os usuários de drogas, para ele existem quatro padrões de consumo de drogas: o uso experimental que corresponde ao uso de drogas uma ou algumas vezes, em sua maioria, motivadas pela curiosidade, mas em seguida perde o interesse em repetir a experiência; o uso ocasional/eventual que diz respeito ao uso de drogas de vez em quando de maneira esporádica (quando disponível ou em ambiente favorável) sem maiores consequências para a vida, ou seja, sem rupturas (distúrbios) afetiva, social ou profissional; o uso habitual trata-se de um uso freqüente de drogas, mas ainda sem que haja ruptura afetiva, social ou profissional e nem perda de controle; e por último, a dependência que consiste no uso de drogas de forma contínua e exagerada, com rupturas dos vínculos afetivos e sociais, onde o indivíduo não consegue controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva, porque o organismo acostumou-se com a substância e sua ausência provoca sintomas físicos e um estado de mal-estar e desconforto, persiste com o uso mesmo diante as consequências para a saúde física e psíquica. O autor não traz em sua classificação o abuso de drogas, padrão de consumo citado por Bordín, Figlie e Laranjeira (2004) que é considerado e mencionado ao longo do trabalho.

Os padrões de consumo relacionados ao uso abusivo/nocivo e dependência de drogas se enquadram dentro da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como Transtorno Mental e de Comportamento pelo uso de substâncias psicoativas, listados com o código que pode variar do F10 ao F19, dependendo do tipo de droga utilizada (incluindo bebida alcoólica) e acrescenta-se um terceiro número para indicar o tipo de transtorno que varia de 0 a 9 sendo, 1- uso nocivo e 2- síndrome de dependência (CID-10, 1993). Já a 5ª Revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-V) refere-se como Transtorno relacionados a Substâncias e Transtornos aditivos, cujo código também varia de acordo com a droga utilizada e a gravidade do transtorno, porém de forma mais específica, variando de 291.81 a 305.90 (DSM-V, 2014).

Essa relação indivíduo-droga e o estabelecimento dos padrões de consumo são influenciados e permeados por fatores de risco e de proteção presentes no ambiente, bem como, aspectos de vulnerabilidade e resiliência⁴, que afeta diretamente o comportamento do

⁴ Termo utilizado para designar pessoas que permanecem saudáveis apesar de expostas a severas adversidades do meio em que vive. Está diretamente associada ao processo de recuperação e superação de abalos emocionais causados pelo *stress* e pela pressão (BRANDÃO; MAHFOUD; GIONORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

indivíduo e interfere na forma e intensidade que a droga atinge sua vida, com suas possíveis consequências (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Os fatores de risco compreendem as condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de situações negativas à saúde, desempenho social e bem-estar do indivíduo, assim como, questões econômicas, sociais, culturais e familiares. Esses fatores contribuem para a vulnerabilidade do indivíduo ao uso de drogas. Enquanto, os fatores de proteção, estão relacionados às condições ou variáveis favoráveis de saúde, alimentação, moradia, educação, lazer, estrutura familiar, entre outros, associados à possibilidade de crescimento, amparo, desenvolvimento e fortalecimento do indivíduo. Esses fatores se configuram como importantes elementos à formação da capacidade de resiliência do indivíduo, ou seja, para seu processo de superação diante às adversidades da vida evitando o contato com as drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Portanto, para que um indivíduo se torne vulnerável ao uso de drogas existem alguns fatores de risco que juntos contribuem para essa manifestação, como: os fatores genéticos, a história de vida, as características psicológicas e as características sociodemográficas e ambientais, entre outros. Assim, o uso abusivo de álcool e/ou de drogas e consequente dependência é resultado de uma variedade de fatores que se convergem entre si e não apenas de um fator único (ZEMEL, 2010).

“Atualmente, os avanços científicos na área da dependência química permitem dizer que (...) aspectos sociais, culturais, educacionais e comportamentais têm papel central no desenvolvimento da síndrome de dependência” (ALMEIDA; BRESSAN; LACERDA, 2011, p. 35).

Contudo, para Melo e Figlie (2004, p. 360) “a dependência se configura numa condição física, psicológica e social, muitas vezes fruto da tentativa do indivíduo em ‘lidar’ com as forças da realidade que o afligem”.

Esta situação de dependência química envolve várias questões, entre elas, políticas, sociais e psicológicas, o que configura um contexto muito complexo, pois as drogas causam problemas familiares, profissionais, físicos e psicológicos, além de danos irreversíveis no cérebro, demandando assim um tratamento bastante abrangente (KANTORSKI; LISBOA; SOUZA, 2005). Ademais, não corresponde apenas a um dado fisiológico, é necessário reconhecer um conjunto de interações sociais e agenciamentos complexos que facilitam e estimulam o abuso, a recorrência e a continuidade da relação do indivíduo com a substância, que fazem parte de um contexto econômico, social, cultural, histórico e geográfico (ABREU; MALSAVI, 2011).

É esse indivíduo que faz o uso abusivo de drogas ilícitas ou apresenta uma consequente dependência química que se constitui no sujeito desta pesquisa, ou seja, trata-se daquele indivíduo que mantém um padrão de consumo de drogas prejudicial, padrão este construído de modo particular, onde as consequências são percebidas como sendo mais ou menos negativas segundo a percepção de cada usuário. A partir disso pode reconhecer a necessidade de tratamento especializado para atenuar os efeitos produzidos pelo uso abusivo de drogas.

1.1.1 A problemática da drogadição envolvendo a saúde mental do usuário

O uso de drogas não é um fenômeno da modernidade, ele faz parte da história da humanidade e está presente na sociedade há centenas de anos, em diversas culturas, entre os rituais religiosos, as festas e o lazer, é um acontecimento de todos os tempos e de todos os povos e não se tem conhecimento de alguma sociedade humana na qual não tenha utilizado algum tipo de droga (COSTA; GONÇALVES, 2002). “Encontram-se referências sobre o uso de substâncias psicoativas desde 10.000 a.C., pelos gregos e chineses que utilizavam a maconha com fins medicinais (...)” (PINHO, 2009, p. 15).

Desde as épocas mais antigas, o consumo de drogas esteve presente, seja como forma de enfrentar os problemas, como meio de socialização ou ainda como medicinal, assim o homem sempre se relacionou de alguma maneira com as drogas (PRATTA; SANTOS, 2006). Portanto, elas estão presentes no cotidiano de grande parte da população mundial, e ainda está relacionada a diversas situações que prejudicam a saúde do indivíduo usuário de drogas (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008), especialmente a saúde mental.

Entretanto, é indiscutível que no século XX houve uma disseminação incontrolável de seu consumo e as drogas constituíram-se em um problema psicossocial e de saúde pública presente em nível mundial devido à enorme quantidade de drogas existentes e a facilidade de aquisição destas, o que faz com que hoje toda a sociedade mundial reflita sobre este problema (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; COSTA, 2002).

O uso das drogas deixou de ser um fenômeno de integração da sociedade e com fins medicinais, como era visto antigamente, e passou a se constituir como um elemento de doença social e desintegração, presente no dia-a-dia de muitas pessoas (PRATTA; SANTOS, 2006). Nesse sentido, os problemas acarretados pelo uso de drogas nem sempre foram os mesmos e nem tiveram a mesma dimensão, assim como, a relação do homem com as drogas foi

mudando ao longo do tempo, os problemas relacionados a elas também mudaram, principalmente nos últimos séculos (PINHO, 2009).

Atualmente, trata-se de um fenômeno amplamente divulgado, discutido e encarado como um dos problemas mais graves da sociedade em geral, pois envolve várias instâncias, não apenas o usuário de substâncias psicoativas, mas também a família e diversos setores da sociedade, como: jurídico, médico, policial, educacional, ocupacional, entre outros (PRATTA; SANTOS, 2006, 2009). Além de ser uma das grandes preocupações dos profissionais de saúde e da população em geral, devido ao alto número de usuários e os riscos causados à saúde física e mental dos indivíduos em função do uso de drogas (PEUKER et al., 2010).

O uso abusivo de drogas traz consequências significativas em várias áreas da vida do indivíduo, entre elas: física, psicológica, social, afetiva e laboral (PAIVA; OLIVEIRA; SILVEIRA, 2002), e ainda acarreta prejuízos, como: redução na qualidade de vida, incapacidades biopsicossociais que levam à perda de oportunidades no processo produtivo e afetivo, mudanças na interação com os familiares e nos relacionamentos sociais, e ainda, o surgimento de práticas antissociais, o que está associada às violências e às mortes (PRATTA; SANTOS, 2009).

De acordo com Almeida e Monteiro (2011, p. 100), o uso de drogas “reflete transtornos cognitivo-comportamentais que afetam o rendimento do trabalho, a aprendizagem e as relações interpessoais”, além disso, causa impacto no SNC de forma nociva, prejudicando o equilíbrio emocional, físico, cognitivo e comportamental do dependente e produzindo alterações comportamentais, emocionais e de personalidade. Esses aspectos devem ser levados em consideração no processo de tratamento, uma vez que essas consequências variam dependendo do tipo de droga utilizada pelo indivíduo, a quantidade e o tempo de uso.

Sendo assim, o uso abusivo e dependência de drogas são responsáveis por uma variedade de condições que afetam a saúde mental dos indivíduos levando a quadros depressivos e ansiosos, e ainda, facilitam a exposição a situações externas de riscos como crimes, violências e acidentes (FAVARO; FIGUEIREDO, 2011).

Muitos estudos demonstram que o consumo de álcool e/ou de drogas interfere na saúde dos usuários e pode acarretar o surgimento de alguma psicopatologia. O estudo realizado por Silva et al. (2009) com pacientes dependentes de cocaína/crack e alcoolistas constatou que 83,9% da amostra pesquisada apresentam outro transtorno além da dependência química, demonstrando as complicações psiquiátricas decorrentes das drogas e a frequente associação da dependência química com outros transtornos mentais. Abreu e Malvasi (2011)

constatarem que no caso do abuso de drogas, em torno de 50% dos indivíduos, há uma prevalência de comorbidade com transtornos psiquiátricos.

Entre as comorbidades presentes nos usuários de substâncias psicoativas, os transtornos ansiosos e de humor são os mais frequentes (PULCHERIO et al., 2008). Porém, além desses transtornos, também é comum nesses indivíduos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, e, numa menor extensão, a esquizofrenia (LARANJEIRA; ZALESKI; RATTO, 2004).

Nesse sentido, observa-se que o uso de drogas influencia as condições de saúde mental dos usuários. É certo que essa influência varia de indivíduo para indivíduo, conforme as configurações biopsicossocioculturais de cada um. Mas do que se trata a saúde mental?

Pode-se dizer que é um campo do conhecimento com muitas produções científicas em diferentes vertentes na tentativa de compreendê-la e defini-la. Já foi pensada pela filosofia, psiquiatria, psicologia e até mesmo pela religião. Segundo Amarante (2007), a saúde mental é uma área tão extensa e complexa do conhecimento, que não se restringe apenas à psicopatologia ou semiologia, não se reduz ao estudo e tratamento das doenças mentais e não diz respeito ao oposto de doença mental, mas ao estado mental dos indivíduos e das coletividades, um estado mental sadio.

Todavia, uma maneira objetiva de compreender a saúde mental é a partir do conceito de adaptação de Simon (1989) que utiliza esse constructo para apreciar o funcionamento de um organismo em relação a si mesmo e ao seu ambiente. O autor define adaptação “como conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (p.14). Essa adaptação a realidade pode desencadear no indivíduo um conjunto de respostas adequadas ou não para satisfazer ou não suas necessidades. E essa adequação da resposta se define a partir de três critérios: solução do problema; grau de satisfação pelo resultado; e intensidade do conflito intra ou extrapsíquico devido à solução encontrada.

Segundo o autor, há três tipos de adequação de resposta possíveis a realidade: 1) a resposta adequada quando o indivíduo tem uma resposta que solucione o problema presente ou as demandas da realidade e esta solução lhe proporcione satisfação e ainda, não lhe provoque conflitos intrapsíquicos e nem sócio-culturais, ou seja, tenha coerência com seus valores internos (padrões éticos pessoais) e externos (valores da cultura em que vive); 2) a resposta pouco adequada quando o indivíduo apresenta uma solução que atende apenas a um dos aspectos, ou seja, a solução apresentada lhe proporciona satisfação, mas lhe causa algum conflito de valores intra ou extrapsíquicos, ou então, a solução está de acordo com os

princípios pessoais e culturais do indivíduo, mas não lhe proporciona satisfação; e 3) a resposta pouquíssima adequada quando a solução encontrada pelo indivíduo é insatisfatória, e ainda lhe provoca conflitos internos ou externos. Assim, quanto mais o conjunto de respostas emitidas pelo indivíduo seja adequado, mais eficaz será sua adaptação ao ambiente e consequente organização psíquica (saúde mental), caso contrário, ocorrerá uma adaptação não-eficaz moderada ou severa intensificando ainda mais os conflitos (SIMON, 1989).

A partir desse raciocínio, pode-se pensar na problemática da pesquisa, valendo-se também das considerações de Silveira (1996), o uso de drogas é uma resposta pouco adaptativa do indivíduo aos problemas ou demandas da realidade objetiva ou subjetiva, realidade esta, muitas vezes, insuportável e da qual o indivíduo não consegue modificar e nem se esquivar, restando-lhe como única alternativa a alteração da percepção desta realidade que pode ser obtida através do uso de drogas, que lhe proporciona satisfação/prazer (devido às propriedades farmacológicas das drogas), mas, ao mesmo tempo, lhe provoca conflitos intra e extrapsíquicos que leva a prejuízos ou sofrimento clinicamente significativos, e muitas vezes, irreversíveis. Portanto, o fato do indivíduo manter o uso abusivo e contínuo de drogas reduz suas condições de saúde mental, efetiva um ato impulsivo, e ainda, potencializa conflitos consigo mesmo e com os outros. Essa alteração da percepção da realidade insuportável através da droga estabelece um duo indissociável (indivíduo-droga), uma vez que responde de alguma forma, pela manutenção do equilíbrio do indivíduo.

Segundo a proposição de Simon (1989), isso configura como um processo de adaptação não-eficaz, que pode ser classificado como severo e que intensifica seus conflitos, o que pode desencadear alguma psicopatologia no indivíduo. Por isso que os transtornos mentais são tão comuns em usuários de drogas, como mencionado anteriormente.

Muitas outras definições poderiam ser apresentadas na busca de compreender a saúde mental, mas o objetivo do trabalho não é esgotar as diferentes concepções sobre esse campo. A pesquisadora entende que a teoria de Ryad Simon seja suficiente para definir uma compreensão objetiva de saúde mental para os fins desse estudo.

1.1.2 Drogadição: da intervenção proibicionista para a intervenção da saúde pública

Para a drogadição ser reconhecida como problema de saúde pública e consequente elaboração de políticas públicas específicas para enfrentá-la (BRASIL, 2003) foi um processo longo e demorado, onde foi preciso superar as intervenções proibicionistas, ligadas ao campo da segurança pública, dominantes em muitos países, inclusive no Brasil. O que não significa

que tais ações foram totalmente abolidas, ainda há muito para se escrever e rever na história das políticas públicas brasileiras sobre drogas.

No século XIX, iniciou-se nos Estados Unidos o movimento de intervenção proibicionista em relação às drogas, voltada para o âmbito da Justiça e baseada em concepções moralistas e antidrogas que teve como determinantes: fatores de ordem moral, religiosa, política e econômica. Logo depois se dissipou por vários países, inclusive o Brasil (século XX), e conquistou hegemonia, baseando-se em ações de repressão à produção, comércio e consumo de drogas, tratava-se de um modelo de controle social coercitivo (ALVES, 2009; MACHADO, 2006).

Esse modelo de intervenção teve a contribuição da Psiquiatria que também se mantinha comprometida com a repressão e controle do uso de drogas, prevendo tratamento hospitalocêntrico aos usuários de drogas e excluindo-os do convívio social. Assim, as ações proibicionistas basearam-se em prisões e/ou internações manicomiais dos usuários de drogas, porém, não alcançou muito sucesso, tanto o tráfico de drogas quanto o consumo tiveram um crescimento significativo (ALVES, 2009; MACHADO, 2006).

Ademais, tais concepções ora superdimensionam a problemática das drogas, ora subestimam o impacto dos problemas associados ao consumo de drogas na saúde da população, além de contribuir para ocultar as reais dimensões psicológicas, sociais, políticas e econômicas das drogas, e ainda, de expandir uma cultura preconceituosa, moralista e intolerante às drogas (MACHADO, 2006).

No século XX, houve uma abertura para a implantação de um enfoque político alternativo contra-hegemônico, especialmente nos países europeus, baseado na estratégia de redução de danos (RD) como alternativa de saúde pública, sustentado pelo pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade, perdendo por completo o sentido da ideia de uma sociedade livre das drogas. Assim, se o consumo de drogas não pode ser abolido da sociedade, é possível traçar estratégias para reduzir os danos relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade. Contudo, tal enfoque foi adotado de fato pelo Brasil no século XXI para o delineamento de um modelo de atenção de usuários de álcool e outras drogas dentro da política pública (ALVES, 2009).

Todavia, no final do século XX a legislação brasileira começa a repensar as diretrizes impostas para o enfrentamento à questão das drogas que estavam voltadas para o proibicionismo para a perspectiva da saúde pública, ou seja, o uso prejudicial de álcool e outras drogas começam a se constituírem como problema de saúde pública, porém de forma bem tímida, onde as ações eram efetivadas por universidades públicas e pelas comunidades

terapêuticas, que funcionavam de forma pouco articulada com sistema público de saúde (ALVES, 2009).

Nesse período também foram criados pelo governo federal órgãos, como o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), responsáveis pela política pública brasileira sobre drogas, no entanto, ligados ao Gabinete Militar da Presidência da República, atual Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, onde as ações de saúde são propostas no âmbito da justiça sem articulação com o setor da saúde, permanecendo a visão de guerra contra as drogas (MACHADO, 2006). Posteriormente, tais órgãos foram renomeados para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, devido o caráter pejorativo da palavra antidrogas, ligada exclusivamente à repressão e, transferidos para o Ministério da Justiça e Cidadania.

Foi no século XXI que de fato ocorreram às mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas, destacando a prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social do usuário e RD, sob a influência das mudanças ocorridas no sistema de saúde do país, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental (ALVES, 2009; MACHADO, 2006), a partir da Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (PINHO, 2009).

Com a lei iniciou-se, assim, a transformação das práticas manicomialmente presentes, de forma a garantir, tanto aos usuários de serviços de saúde mental, quanto aos indivíduos que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade do direito e acesso à assistência e sua integralidade (PINHO, 2009). Com isso, houve uma aproximação entre a questão do álcool/drogas e a saúde pública, o que possibilitou o surgimento de uma proposta nessa área, assim os usuários de drogas passaram a ser de responsabilidades da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental (ALVES, 2009; MACHADO, 2006; MACHADO; BOARINI, 2013).

A saúde pública brasileira demorou anos para efetivamente se ocupar com o problema das drogas, o que produziu historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando a questão das drogas para instituições da justiça, segurança pública e associações religiosas. Ressalta-se que para essas instituições, as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não eram consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas

acabaram promovendo a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e práticas antissociais (BRASIL, 2005a).

Em 2002, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (conferência que consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo) o Ministério da Saúde passou a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002), reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias psicoativas como importante problema de saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas, situada no campo da saúde mental. Assumindo, assim, o desafio de tratar e reabilitar os usuários com a abordagem de RD, além de prevenir o uso de drogas (BRASIL, 2005a). Entretanto, cabe dizer que até 2002, o Ministério da Saúde ainda mantinha uma posição ambígua em relação à política a ser adotada e a área a ser responsabilizada pela abordagem da questão das drogas (MACHADO, 2006).

Esse programa estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esta clientela. Onde os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) são os dispositivos estratégicos desta rede que devem ser articulados com as redes de suporte social (grupos de autoajuda e entidades filantrópicas), com os dispositivos da saúde, assim como a implementação nos Hospitais Gerais e em sua estrutura de atendimento de urgência e emergência de uma rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005a).

Em 2003, o governo brasileiro estabeleceu a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que tem sido central para superação da concepção moralista que se impregnava nas políticas nacionais e para superar o atraso histórico no reconhecimento e no enfrentamento dessa problemática pelo SUS. Foi elaborada em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, da reforma psiquiátrica brasileira e dentro da lógica de RD. Com essa política o Ministério da Saúde passa a defender que a problemática das drogas precisa ser tratada como uma questão ampliada de saúde pública e não como uma questão médico-psiquiátrica ou jurídica, tendo como foco não as drogas, mas a redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, sejam eles sociais, psicológicos, econômicos e políticos, atentando assim, para as necessidades de abordagens intersetoriais (BRASIL, 2003; MACHADO, 2006).

Desse modo, o atual enfoque de enfrentamento às drogas voltado para RD, ou seja, focado na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e de saúde do usuário,

confere maior racionalidade ao enfrentamento desse fenômeno, compreendendo o consumo de drogas como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policia (ALVES, 2009).

Trata-se de uma concepção mais tolerante com o uso de drogas, que questiona o ideal de um mundo sem drogas e muda o foco das intervenções, trabalhando com objetivos mais modestos; ao invés de objetivar-se exclusivamente com a abstinência, busca-se a redução das consequências adversas ao consumo de drogas, o que repercutirá no âmbito social e da saúde do usuário (MACHADO, 2006).

Entretanto, mesmo com toda a mudança realizada na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas, ainda permanecem coexistindo as ações adotadas no âmbito da saúde com as ações proibicionista voltadas para o âmbito da Justiça e Segurança Pública, não só a partir da redução da oferta de drogas, mas também com a eliminação do consumo (MACHADO, 2006), pois o discurso de que os usuários de drogas são de responsabilidades da saúde pública é deixado de lado, quando se trata de drogadição na fronteira, onde se faz presente os fortes ideais moralistas, autoritários e intolerantes (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015), além de uma estrutura política militarizada no enfrentamento às drogas mediante firmamento de acordos e convenções internacionais de combate ao tráfico de drogas e ao consumo de drogas ilícitas, conferindo um posicionamento de guerra às drogas (MACHADO, 2006). Tal problemática será discutida adiante.

1.1.3 Tratamento para a drogadição

O aumento do consumo de drogas e os problemas acarretados por estas redirecionaram a atenção dada à saúde dos usuários e os serviços de atendimento foram sendo criados ou adaptados para atender e tratar essa demanda (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Dessa forma, na tentativa de atender as diferentes necessidades dos usuários de drogas, há várias modalidades de tratamento destinadas aos mesmos. A escolha do tratamento dependerá do tipo de droga utilizada pelo usuário, se este se encontra em situação de risco ou prejuízo no funcionamento global, se apresenta suporte familiar ou social (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005) e ainda, seu interesse e motivação pelo tratamento. Torna-se também primordial avaliar os prejuízos acarretados à vida do usuário, tanto na esfera física, quanto psicológica (KESSLER et al., 2010). Esses aspectos devem ser levados em conta para a efetividade do tratamento, pois a complexidade de fenômenos observados na dependência e as

consequências destes para o indivíduo promovem diversas necessidades quanto ao tratamento (SILVA; BORREGO; FIGLIE, 2011).

Nesse sentido, Silveira e Silveira (1999) afirma que o tratamento é dirigido basicamente às pessoas que fazem o uso abusivo e/ou é dependente de drogas que apresentam prejuízos físicos, mentais, sociais e afetivos, prejuízos esses que podem ou não ser percebidos pelo próprio usuário. Não faz sentido propor tratamento a alguém que usa álcool e outras drogas ocasionalmente/eventualmente ou são usuários experimentais.

Dentre as modalidades de tratamento inclui: o psicoterápico (individual e grupal); os grupos de autoajuda; o farmacológico; as comunidades terapêuticas e o ambulatorial. Neste último, se destaca o CAPS ad como principal rede de atenção à saúde mental de usuários de álcool e outras drogas que será apresentado a seguir. Mas cabe mencionar a estratégia de RD voltada ao uso de drogas, que não é uma modalidade específica de tratamento, mas uma estratégia de intervenção de produção de saúde que merece destaque devido sua visibilidade na atualidade, como uma proposta de atenção em saúde (PASSOS; SOUZA, 2011) e preconizada pelo Ministério da Saúde, conforme descrito anteriormente.

As modalidades de tratamento na maioria das vezes constituem-se em abordagens complementares para cada indivíduo, de modo que não devem ser vistos como excludentes e únicas (DE BONI; KESSLER, 2010).

Portanto, em razão da complexidade do fenômeno da dependência química, tanto em sua estrutura quanto em suas consequências para o indivíduo, torna-se necessário promover diversificações para o tratamento (MELO; FIGLIE, 2004). Dessa forma, “admite-se que o tratamento, a recuperação e a reinserção social devem resultar da configuração de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não governamentais do setor saúde e da assistência social” (ALVES, 2009, p. 2.316). Isso porque, “a etiologia da dependência é multidimensional, o diagnóstico e os tratamentos variam em razão da importância atribuída a cada uma destas dimensões, pelos diferentes profissionais e instituições” (MARQUEZ, 2010, p. 117).

Contudo, os tratamentos da dependência química, ainda enfrentam diversas dificuldades e limitações no que diz respeito à singularidade e heterogeneidade dos dependentes, diversidade de substâncias consumidas, recursos humanos e materiais e, ainda muitos custos econômicos (RIGOTTO; GOMES, 2002). No entanto, é importante destacar que o sucesso de um tratamento para a dependência das drogas depende de uma investigação ampla por parte dos profissionais de saúde para averiguarem a relação que o indivíduo estabelece com a droga e suas possíveis consequências (MARQUEZ, 2010).

Por fim, neste novo cenário, as drogas deixam de ser referidas apenas como uma ameaça para serem reconhecidas como um problema social e de saúde pública complexo que precisa ser enfrentado com políticas públicas intersetoriais e políticas setoriais específicas, integrando de forma equilibrada estratégias nacionais e internacionais de repressão à produção e ao tráfico de drogas e também de prevenção, atenção à saúde e reinserção social de usuários dependentes de drogas (ALVES, 2009).

1.1.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): uma política pública de atenção à saúde mental dos usuários de álcool e outras drogas

O CAPS ad enquanto política pública de atenção à saúde mental dos usuários de álcool e outras drogas que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente deste uso, passou a existir no país a partir de 2002, tendo suas normas constituídas pela portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2004).

Tal política faz parte da Reforma Psiquiátrica, um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental, inclusive aos que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Esse processo se caracteriza por ações do governo federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e no caso da drogadição, a atenção voltada para a política proibicionista por meio da segurança pública, para um modelo de atenção comunitário capaz de acolher a pessoa em sofrimento mental e buscar sua emancipação (BRASIL, 2005a).

Segundo o Ministério da Saúde, o CAPS ad consiste no principal dispositivo estratégico da rede de serviços de saúde municipais, abertos e comunitários do SUS de atenção ambulatorial diária à saúde mental dos indivíduos que fazem o uso prejudicial de álcool e de outras drogas (o uso abusivo ou dependência), sendo que sua implantação está prevista para cidades com mais de 100 mil habitantes ou cidades, que por sua localização geográfica (municípios de fronteira ou parte da rota de tráfico de drogas), apresentam indicadores epidemiológicos relevantes que necessitem desse serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental envolvendo álcool e outras drogas (BRASIL, 2004; 2005a), como é o caso de um dos municípios que constituem essa pesquisa (Ponta Porã/MS).

No entanto, mesmo o Ministério da Saúde considerando que a região de fronteira, independentemente do número populacional, apresenta indicadores epidemiológicos

relevantes para a implantação do serviço especializado em álcool e outras drogas, o serviço segue as mesmas diretrizes de funcionamento e atendimento do Ministério da Saúde, sem haver qualquer singularidade para a região de fronteira.

Nesse contexto, cabe destacar o conceito de alta e baixa diplomacia utilizado por Machado (2000) para distinguir a estrutura hierárquica dos componentes institucionais.

Referidos à arena de segurança internacional e ao papel exclusivo do Estado soberano nessa arena encontramos a diplomacia e a defesa, ou seja, a esfera da *alta política*, representando os aspectos nobres da administração. Os responsáveis pelos assuntos mundanos do dia a dia, impostos, comércio, policiamento etc., compõem o que chamaremos de “intendência” do Estado e pertencem à esfera da *baixa política* (MACHADO, 2000, p. 18-19, grifo da autora).

De modo inferencial, esse conceito pode ser aplicado no presente trabalho, no sentido de caracterizar essa política pública referente ao álcool e outras drogas. As normas e diretrizes implantadas pelo governo para o atendimento de usuários de drogas se referem à alta política, enquanto que a atuação dos profissionais de acordo com essas diretrizes se refere à baixa política. Ainda que a baixa política apresente limites quanto à estruturação dos serviços oferecidos por conta da alta política, a equipe consegue realizar algumas adaptações necessárias para atender a demanda local. Aspecto percebido durante a coleta de dados nas instituições participantes, onde entrou-se em contato com formas diferentes de atuação e atendimento, mesmo seguindo as mesmas diretrizes, o que caracteriza, muitas vezes, um descompasso entre essas estruturas hierárquicas. Assim, é importante e necessário que a alta política reconheça as ações e procedimentos executados pela baixa política para alcançar a efetividade e resolutividade nas atividades desenvolvidas *in loco*.

O CAPS ad tem por finalidade oferecer atendimento a esses indivíduos, através de diferentes abordagens relacionadas ao tratamento, prevenção e à reinserção psicossocial do usuário. O planejamento terapêutico é pensado dentro de uma perspectiva individualizada e interdisciplinar de evolução contínua. Há uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, profissional de educação física) que atua sob a ótica interdisciplinar e desenvolve uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas, atendimento para a família e visitas domiciliares (BRASIL, 2004).

Os atendimentos no CAPS ad ocorrem em face da necessidade individual e o comprometimento de cada paciente e, pode ser dividido em três modalidades: a) não intensivo (quando o paciente não necessita de um suporte contínuo do serviço de saúde e comparece à

unidade poucas vezes no mês, apenas para atendimento médico, medicamentoso e psicológico); b) semi-intensivo (quando o paciente não apresenta um comprometido muito grave por causa do uso de drogas e consegue estabelecer relacionamentos pessoais e profissionais, comparecendo à unidade em um período do dia – matutino ou vespertino - ou pelo menos três vezes por semana e participa das atividades nesse período); e c) intensivo (quando o paciente se encontra com grave sofrimento e comprometimento psíquico decorrente das drogas, comparece todos os dias – segunda à sexta-feira – à instituição em período integral e participa de todas as atividades oferecidas). Esse cuidado é desenvolvido por intermédio do Plano Terapêutico Individual, que envolve em sua construção a equipe, o usuário e, quando possível, a família (BRASIL, 2004).

O CAPS ad também pode ser implantado na modalidade III, regulamentado pela Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, indicado para municípios acima de 200 mil habitantes, consistindo em um ponto de atenção especializada da rede de atendimento psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, de modo a garantir apoio aos usuários que apresentam quadros de maior gravidade e situações de crise, como nos casos de recaída, intoxicação aguda, síndrome de abstinência, ameaça de morte e outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Para isso são disponibilizados, no máximo, 12 leitos para a observação e monitoramento nas 24hs, cuja permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno deste CAPS fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias, caso seja necessário a permanência do paciente por um período superior a esse, o mesmo deverá ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2012).

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento e implantação dos serviços de atenção à saúde mental nas cidades. No entanto, o critério populacional deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município (BRASIL, 2005a). Como é o caso do planejamento de implantação do CAPS ad na modalidade III em dois municípios em que essa pesquisa foi realizada (Corumbá/MS e Ponta Porã/MS), conforme informações colhidas dos profissionais atuantes na instituição. Esses municípios não atendem ao critério populacional (nº de habitantes abaixo de 200 mil) para essa implantação, mas pelo fato de

estarem em regiões de fronteira com indicadores epidemiológicos relevantes, os gestores identificaram a necessidade e o Ministério da Saúde aprovou a implantação. O município de Ponta Porã/MS está em fase final de construção da unidade e o Corumbá/MS em tramites com a localização do terreno.

Essa política de tratamento ambulatorial deve ser efetivada com ações intersetoriais não só do Ministério da Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Pronto-Socorro, Hospital Geral, entre outros), mas também de outros Ministérios, de outras redes sociais, de outros setores afins (Escola, Esportes, Trabalho, entre outros), de forma articulada, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Ademais, a instituição não trabalha com o princípio exclusivo da abstinência total de drogas, mas também com a estratégia de RD, que se constitui em uma estratégia de prevenção terciária, que pode ser definida como mais uma maneira de tratar o usuário de drogas, descentralizando o foco do problema, da erradicação e da abstinência, privilegiando o direito à saúde de todos, inclusive dos usuários de drogas e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso de drogas e sim amenizar os danos provocados à saúde (MACHADO; BOARINI, 2013).

É nesse serviço de atenção à saúde mental de usuários de álcool e outras drogas – o CAPS ad que a presente pesquisa foi desenvolvida dos municípios de Corumbá, Ponta Porã e Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul. Este último município conta com o CAPS ad na modalidade III.

As características dos municípios de fronteira que abrange esse estudo serão apresentadas mais adiante no momento em que se propõe a discutir alguns apontamentos sobre fronteira.

1.2 Fronteira: apontamentos conceituais

Para discutir a noção de fronteira é preciso levar em conta o caráter polissêmico de sua natureza, segundo Nascimento (2013), trata-se de uma questão intrincada e problemática com classificação, definição e sentidos diferentes dependendo do grupo ideológico que a originou, o que gera inúmeras discussões. A noção de fronteira pode significar limite político e jurídico entre territórios, determinando-os e estabelecendo descontinuidades, impedindo a livre comunicação e contato entre os povos que habitam esse espaço, como também uma região de

hibridismo cultural, lugar de fluxos e misturas singulares (ALBUQUERQUE, 2009; NASCIMENTO, 2013).

A fronteira vista como lugar de demarcação, limite internacional, linha imaginária que separa o território de diferentes países soberanos é fruto de um processo histórico modelado pelas geopolíticas de construção dos estados nacionais onde as diferenças, leis, organizações, soberanias e normas possuem um limite físico e se defrontam no interior de um mesmo Estado-Nacional, estipulando a interrupção do poder de um Estado num determinado território (ALVAREZ, 2008; NOGUEIRA, 2007; MULLER, 2005).

Essa concepção geopolítica de fronteira desempenha um papel fundamental para o planejamento do desenvolvimento sustentável nacional, pois configura-se como ponto estratégico para catalização e fortalecimento da integração dos países por apresentarem características comuns e necessidades de desenvolvimento articulados. Nesse sentido, houve a criação da faixa de fronteira do Brasil com os países vizinhos, estabelecida em 150 km de largura paralela à linha divisória terrestre do território nacional - Lei nº 6.634, de 2 de maio de 1979, que é considerada uma área estratégica para a segurança e defesa nacional, com características de imposição de barreiras às ameaças externas e estabelecimentos de limites com os países vizinhos (GADELHA; COSTA, 2005).

Entretanto, tal faixa não possibilitou tantos avanços e desenvolvimentos, mas resultou na “inexistência ou pouca eficiência e alto custo para a provisão de bens e serviços públicos, além de dificuldades diversas no planejamento de políticas regionais”, e ainda, “não contemplam o desenvolvimento sustentável, a qualidade de vida da população e a promoção de cidadania” configurando-se em “uma região deprimida, marcada por profundas iniquidades, essas agravadas por questões diplomáticas peculiares a territórios contíguos entre duas ou mais nações” (GADELHA; COSTA, 2005, p. 31-32).

Assim, por mais que a faixa de fronteira seja uma área especial em função de questões históricas e políticas e se constitua em uma área de contato direto e imediato entre os territórios nacionais dos países envolvidos, configurando-se objeto central de políticas específicas de controle e gestão do território devido sua posição excêntrica, quando comparada com as regiões centrais do território nacional e das diversas interações estabelecidas entre os países vizinhos (GOMES, 2005; SILVA, 2012), esta ainda “não tem sido acompanhada de uma política pública sistemática que atenda as especificidades regionais, nem do ponto de vista econômico nem da cidadania fronteiriça” (MACHADO et al., 2005, p. 87-88). Logo, essa região carece de infraestrutura econômica e social capaz de permitir um processo de desenvolvimento integrado e ainda, tem sido associada a uma agenda

negativa, pois é vista e considerada apenas do ponto de vista da segurança nacional por conta das ações voltadas apenas para a defesa do território nacional (GADELHA; COSTA, 2005; GOMES, 2005), como é o caso da estratégia de enfrentamento para a drogadição.

É importante que os Estados ajustem suas políticas públicas à permeabilidade das fronteiras, pois essas regiões apresentam características contrastantes que variam ao longo de todo o território, constituindo uma realidade contígua e, ao mesmo tempo, reticular que está sob o efeito de uma dinâmica local e global, e sob uma forma diferenciada de organização territorial, podendo compartilhar de alguns problemas e de algumas características em comum ou completamente diferentes, pois cada região tem suas peculiaridades e diversidade culturais e geográficas, algumas são mais afetadas por questões políticas, econômicas e diplomáticas dos países envolvidos do que outras, a exemplo das cidades gêmeas, onde é necessário que o planejamento de desenvolvimento destas regiões extrapole os limites nacionais elaborando acordos bi ou multilaterais que não se restringem apenas à segurança nacional e ainda, fomente a articulação da faixa de fronteira com as outras regiões do país (GADELHA; COSTA, 2005; MACHADO et al., 2005; SOUZA; GEMELLI, 2011).

Segundo Oliveira, T. (2010; 2011), a fronteira é um tema geopolítico por natureza que consolida como espaço de preocupação na gestão do território nacional e não têm o mesmo papel que outras áreas do Estado-Nação. Entretanto, está povoada de novos parâmetros, novas tecnologias e nova dimensão da relação homem-natureza. Há uma reconfiguração espacial da fronteira e uma mudança das relações espaço/tempo, ou seja, um novo processo de funcionalização do território revisando um ritmo original às fronteiras. A velha geopolítica da fronteira apenas como marco legal cujo sentido era segurar, controlar e proteger está sendo superada, onde os novos interesses geopolíticos estão calcados na fronteira como espaço integrador, unificante e flutuante, como uma forma de complementaridade, de interação, integração, aproximação e intercâmbio, características observadas nas fronteiras de Corumbá (BR)/Puerto Quijarro (BO) e Ponta Porã (BR)/Pedro Juan Caballero (PA), cidades fronteiriças que constituem o local desta pesquisa.

A concepção tradicional é de fronteira como barreira, limite, corte, descontinuidade. No entanto, esta visão, dadas às transformações mundiais em curso, torna-se parcial, reducionista, e, por isso, faz-se necessário buscar novos referenciais para o tratamento do tema (MULLER, 2005, p. 576).

Dessa forma,

Na atualidade a fronteira perdeu um pouco a concepção de um lugar depravado e isolado para se transformar num espaço de trocas e de comunicação, de

compartilhamento de culturas, de atividades comerciais. Ela não é mais um simples limite territorial e divisório entre dois países (...) (RIBEIRO; COSTA, 2011, p. 144).

Para Raffestin (2005), a fronteira não é apenas um fato geográfico, vai muito além e não é só isso, é necessário superar a expressão “*regere fines*” e considerá-la um fato social e biológico de riqueza considerável que compreende aspectos e valores físicos, morais, políticos, simbólicos, religiosos e culturais de diversas ordens. “A fronteira não é uma linha, a fronteira é um dos elementos da comunicação biossocial, que assume a função reguladora. Ela é a expressão de um equilíbrio dinâmico (...)” (p. 13, grifo do autor). Sua representação cartográfica “é carimbada pelo selo de um esquematismo, capaz de permitir a perda das noções mais aderentes à nossa cultura e no lado mais essencial de seu profundo significado” (p. 12). Contudo, as fronteiras fazem parte da história, elas acompanham os movimentos dos povos e marcam as transformações das civilizações, além das sociedades terem sido definidas pelas fronteiras que elas traçaram, porém suas concepções mudaram.

Nesse sentido, as comunidades fronteiriças vivenciam duas lógicas territoriais: de um lado se deparam com o controle rígido das barreiras fronteiriças internacionais e, ao mesmo tempo, convivem com múltiplas redes de solidariedade, trocas comerciais e culturais e até mesmo as políticas de caráter transfronteiriço. Nesses espaços há articulação entre o local e o internacional, estabelecendo vínculos e dinâmicas próprias que são construídas pelos habitantes fronteiriços. Assim, se fazem presentes as identidades e culturas de cada um dos países envolvidos, que constroem e reelaboram outra cultura e identidade, capaz de criar um novo lugar com aspectos regionais (SOUZA; GEMELLI, 2011).

Portanto, embora seja importante pensar a fronteira sob a dimensão geopolítica pelo fato de trabalhar com as negociações diplomáticas, jogos de poder e guerras de fronteiras, por realizarem tratados e discutirem alíquotas, por outro lado também é importante tratar a fronteira de forma mais ampla, como margem em permanente contato, como passagem a proporcionar trocas e misturas entre culturas e povos, tornando-a híbrida e mestiça (PESAVENTO, 2006).

Para Pesavento (2006), a fronteira precisa ser vista, sobretudo, como construção cultural e simbólica, lugar de convivência com as diferenças nacionais, cada indivíduo com sua história, cultura e nacionalismo que institui uma identidade fronteiriça, ou seja, uma construção simbólica de pertencimento.

O marco físico ou natural estabelecido é, especialmente, de referência mental que guia a percepção e a representação que o indivíduo tem da realidade, produzindo sentidos que direcionam e guiam as identidades, além de permitir a aproximação ou distanciamento em

relação ao Outro. Os habitantes fronteiriços transformam essa linha demarcada pelos Estados em territórios próprios, em espaços de convivência cotidiana com o outro, ora harmoniosa, ora conflituosa que marca uma identidade cultural própria (MELO; RIBEIRO, 2013; PESAVENTO, 2006; SOUZA, 2014).

Assim, essa capacidade “mágica” de representar o mundo por um mundo paralelo de sinais permite aos homens perceberem e qualificarem a si próprios no espaço e no tempo; dessa forma, cada indivíduo percebe o mundo de modo singular. Portanto, as fronteiras são construções de sentido que faz parte do jogo social de representações que estabelece limites e guia o olhar e a apreciação sobre o mundo, onde os limites políticos nem sempre correspondem aos limites culturais e simbólicos (PESAVENTO, 2002; SOUZA, 2014).

Tais fronteiras culturais pressupõem um universo simbólico de sentidos e são responsáveis pelas diversas formas de ser e pensar em um mesmo tempo e espaço, o que implica uma dimensão entre duas realidades, uma mistura entre dois lados, uma espécie de ambivalência de sentidos: ser um e ser dois ao mesmo tempo, e ainda, uma certa ambigüidade, de ser *plus*, ser mais do que a soma das partes, de produzir o novo, uma nova identidade (PESAVENTO, 2006, grifo da autora). Isso porque as diferenças se misturam e produz algo entre o dentro e o fora da fronteira (SOUZA, 2014).

As delimitações físicas ou naturais da fronteira são eminentemente simbólicas, nesse sentido, a fronteira é um limite sem limites, que aponta para o além, seu marco é possibilitador de transcendência e impregnado de mobilidade, que proporciona o surgimento de novos sentidos e códigos (PESAVENTO, 2002, 2006).

Para finalizar esses apontamentos conceituais apresentados de fronteira cabe citar Abinzano (2005) que retrata essa visão dualística, para ele a fronteira é considerada tanto como linhas geográficas consagradas em tratados, definidas de maneira complexa pelas leis e constituições, com complicadas regras que se sobrepõem, se mesclam e se contradizem, quanto como região que trata-se de um conjunto de múltiplas relações econômicas, sociais, políticas, laborais, culturais e pessoais que se estabelecem em um espaço transnacional, no qual as linhas geográficas ficam contidas em seu interior, o que configura-se em espaços humanizados, onde o que importa são as relações entre pessoas e coletivos sociais. Assim, a região de fronteira é um espaço determinado pelas ações humanas e não pelas características físicas do meio ambiente e das infraestruturas, as quais não podem ser ignoradas, pois tem sua importância territorial.

Por essa razão, a fronteira deve ser observada com cuidado, por haver de um lado fronteira física e territorial e de outro, fronteira cultural e simbólica, o que demonstra a

duplicidade da categoria, sendo ao mesmo tempo um objeto/conceito e um conceito/metáfora, ou seja, flutua entre a materialidade da fronteira física constante dos mapas e tratados e entre as inegáveis influências e trocas culturais e simbólicas que ocorrem entre os povos que habitam esse espaço (GRIMSON, 2000 apud OLIVEIRA, 2005; NASCIMENTO, 2013). “Este aspecto antitético de ser concreta e abstrata, física e metafísica, simultaneamente, é o axial que sustenta a transposição dos limites compulsórios à legalidade, ou melhor dizendo, adequação à realidade” (OLIVEIRA, 2005, p. 379).

Todavia, nenhuma das leituras sobre fronteira se coadunam à premissa de que a fronteira e suas configurações interferem significativamente sobre a vida dos usuários de drogas, no entanto, a leitura da dimensão simbólica da fronteira proposta por Pesavento (2002; 2006), talvez seja a que melhor possibilita compreender o objeto desse estudo – a saúde mental de usuários de drogas ilícitas na fronteira, pois tal dimensão atua na representação da realidade, na forma como cada indivíduo vivencia e percebe a sociedade e a cultura.

1.2.1 A fronteira no Mato Grosso do Sul entre Corumbá (BR)/Puerto Quijarro (BO) e Ponta Porã (BR)/Pedro Juan Caballero (PA): algumas características

A fronteira brasileira possui uma extensa faixa de aproximadamente 16 mil quilômetros, de norte a sul do país, o que representa 27% do território nacional, onde estão sediados 11 estados e 588 municípios que são limítrofes de 10 países da América do Sul (Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai) e conta com uma população estimada em 10 milhões de habitantes (BRASIL, 2005b).

Essa faixa de fronteira brasileira pode ser dividida em três grandes arcos: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul. O Arco Norte compreende a faixa de fronteira dos Estados do Amapá, Pará, Amazonas, Roraima e Acre, com 71 municípios e uma área de extensão de 66,7%, o que representa a maior área fronteira brasileira, porém com a mais baixa densidade demográfica. O Arco Central compreende a faixa de fronteira dos Estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, com 99 municípios e uma área de extensão de 22,5%, o que corresponde a uma densidade demográfica mediana. E o Arco Sul que compreende a faixa de fronteira dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com 418 municípios e uma área de extensão de 10,8%, o que representa a menor extensão fronteira, porém a mais alta densidade demográfica (BRASIL, 2005b).

No que se refere à faixa de fronteira no Estado do Mato Grosso do Sul – Arco Central, encontram-se 44 municípios com uma área de extensão de 192.224 km² (MARTINS; MARTINS, 2010). Entre esses municípios encontram-se Corumbá e Ponta Porã, na fronteira Brasil-Bolívia e Brasil-Paraguai respectivamente, que se constituem os locais onde a pesquisa foi realizada.

As cidades localizadas em regiões fronteiriças apresentam uma dinâmica própria, devido sua localização junto ao limite internacional, uma realidade diferenciada com potencialidades geradas por intensas trocas culturais, econômicas e sociais entre Estados nacionais (SILVA, 2012). As nações, etnias, culturas, línguas e moedas se mesclam e convivem, ora em harmonia, ora em conflitos advindos justamente das diferenças. Mas, também se constituem como um problema, pois são vistas como lugares de ilegalidades, tráficos de drogas e contrabandos. Elas são consideradas o início do comércio de drogas ilícitas para as grandes cidades, ocasionando um número crescente de dependentes químicos e violência. As pessoas conseguem transitar de um lado para o outro como se estivesse em seu próprio bairro, basta portar um documento de identificação, que na maioria das vezes não é necessário apresentá-lo (MARCA, 2007; OLIVEIRA; COSTA, 2012c; SILVA, 2012).

Essas cidades fronteiriças apresentam,

(...) o desafio ao conceito de lei territorial representado pela situação de fluidez e imprevisibilidade nas faixas de fronteira, onde pouca lei e pouco respeito à lei desafiam os limites de cada estado. Esse processo de diluição dos limites nacionais se deve não só a multiplicação de redes trans-fronteira, mas também à competição entre diferentes sistemas de normas, induzida pelos próprios estados e por outras grandes organizações, legais e ilegais (MACHADO, 1998, p. 6).

Nesse sentido, podemos perceber “uma tensão entre a lógica do estado e a lógica dos moradores que desafiam e transgridem as normas e os limites estabelecidos pelo mapa, que representa um símbolo de soberania e da gestão administrativa do território”, o que para o Estado corresponde a uma prática danosa e ilegal (ex: tráfico de drogas e contrabando), para os moradores é uma prática de subsistência que faz parte da vida das pessoas das cidades fronteiriças (OLIVEIRA, 2013d, p. 44). Assim, se beneficiam das diferenças jurídicas-políticas-econômicas entre os estados nacionais, potencializando os lucros por atuar de forma transnacional (MACHADO, 1998).

Corumbá/MS e Ponta Porã/MS são cidades brasileiras que fazem fronteira, a primeira com a cidade de Puerto Quijarro na Bolívia e a segunda com a cidade de Pedro Juan Caballero no Paraguai, são apontadas como umas das principais portas de entrada de drogas e armas no país para os grandes centros. O município de Corumbá é rota de escoamento da produção de

pasta base e cocaína provindas da Bolívia, Colômbia e Peru, enquanto o município de Ponta Porã é rota de escoamento da produção de maconha provinda do Paraguai. No entanto, devido à facilidade de aquisição do produto, tais municípios não se constituem apenas como “corredores” de drogas para os grandes centros, também acaba por potencializar um número crescente de usuários de drogas e a criação de redes internas de distribuição da droga, as chamadas bocas de fumo (OLIVEIRA; COSTA, 2012e). Sendo necessário um olhar atento e ações específicas e diferenciadas para lidar com o problema.

É a partir dessa ótica que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a) considera que a fronteira apresenta indicadores epidemiológicos relevantes que justifica a implantação do serviço especializado para álcool e outras drogas (CAPS ad) fora do critério populacional.

A distância do centro da cidade de Corumbá até a fronteira com Puerto Quijarro é de aproximadamente 8 km de rodovia, e a cidade de Ponta Porã com a fronteira de Pedro Juan Caballero compartilham o mesmo espaço urbano, o que formam as chamadas “cidades gêmeas” separadas apenas por uma avenida (OLIVEIRA; COSTA, 2012e). Essas proximidades fazem com que os moradores transitem de um lado para o outro sem qualquer tipo de impedimento, ou seja, ultrapassem as barreiras nacionais, e o fazem cotidianamente, construindo laços sociais que transcendem as relações comerciais transfronteiriças, o que representa tanto um recurso econômico como social. Tais recursos proporcionados pela fronteira aos seus habitantes geram contatos transnacionais que possibilitarão tanto as trocas culturais e comerciais, como a formação das redes ilegais de tráfico de drogas e armas. Isso demonstra a dupla condição da fronteira ora como passagem e local de trocas, ora como barreira e limite dos Estados (OLIVEIRA, 2013d).

O município de Corumbá está situado no extremo oeste do estado de Mato Grosso do Sul, na fronteira com a Bolívia, com aproximadamente 109 mil habitantes (IBGE, 2016). “(...) o primeiro contato do lado boliviano se dá pelo distrito de Arroyo Concepcion, dois quilômetros mais à frente está à cidade de Puerto Quijarro (...)” (OLIVEIRA, 2013d, p. 40). É conhecida nacionalmente como a capital do pantanal por situar-se às margens (direita) do rio Paraguai e é considerada o maior município do Estado em extensão territorial. Foi fundada no final do século XVIII como um destacamento militar a fim de barrar o avanço espanhol na região (ESSELIN, 2000 apud OLIVEIRA, 2013d; MARTINS; MARTINS, 2010).

É uma cidade com grande valor histórico por abranger um porto fluvial com importante fluxo comercial com a Europa e um dos maiores entrepostos comerciais de navegação do império brasileiro no século XIX e início do século XX, abrangendo toda a província de Mato Grosso até as imediações de Santa Cruz de la Sierra (BO). O que atraiu

pessoas de diferentes nacionalidades que buscaram pela região para montar seus próprios negócios ou para trabalhar no porto (OLIVEIRA, 2013d) servindo de acomodação para muitos imigrantes (OLIVEIRA; RAMALHO JUNIOR, 2010; SILVA, 2012).

Está localizada em uma região com grandes reservas minerais, abriga a segunda maior jazida de ferro e a terceira de manganês do mundo e sua exploração começou em 1930 (MARTINS; MARTINS, 2010). A partir dos anos de 1950, o município experimentou um grande ciclo de desenvolvimento econômico, com a instalação de diversas indústrias, além disso, nesse mesmo período, com o dinamismo trazido pela construção da ferrovia em direção à Santa Cruz de la Sierra (BO) intensificou-se as relações com os vizinhos bolivianos, inclusive a compra de terras por brasileiros nas províncias fronteiriças entre o Brasil e a Bolívia para plantação de soja e criação de gados, e ainda, a migração de bolivianos, na maioria oriundos do próprio departamento de Santa Cruz, para as cidades fronteiriças principalmente em função do comércio varejista dirigido aos consumidores brasileiros. Com a ferrovia, houve uma queda no movimento do comércio fluvial, mas por outro lado possibilitou o estabelecimento de novos negócios e o aproveitamento da conexão entre o transporte ferroviário e hidroviário (OLIVEIRA; RAMALHO JUNIOR, 2010; SILVA, 2012).

Através das cidades de Corumbá (BR) e Porto Quijarro (BO) “passa mais de 95% do comércio bilateral entre o Brasil e a Bolívia, além de fluxos comerciais destinados a outros países que utilizam a possibilidade de acesso aos diversos modais de transporte disponíveis”, como o ferroviário, fluvial e rodoviário (SILVA, 2012, p. 67).

Ademais, Corumbá apresenta importante atividade pecuária, principalmente de corte e abriga o primeiro rebanho bovino e o primeiro rebanho ovino do estado, pois na região há áreas propícias para a criação de gado, com pastagens nativas e plantadas. Além de o município ser caracterizado como pólo turístico do estado, por ser a capital do pantanal atraí visitantes de todo o Brasil em busca da pesca e da contemplação da fauna e flora pantaneira, há também o turismo de compras de importados por estar na fronteira com a Bolívia e de eventos regionais como o carnaval, festa de São João e Festival América do Sul (MARTINS; MARTINS, 2010).

Entretanto, as interações na fronteira Brasil/Bolívia não se restringem a área comercial, econômica e cultural, há também uma interação com a criminalidade, contrabando, tráfico de drogas e drogadição e todas essas interações têm implicações nas relações cotidianas estabelecidas entre as populações fronteiriças.

A fronteira Corumbá (BR)/Puerto Quijarro (BO) é uma das principais rotas de escoamento de drogas (pasta base e cocaína) colombiana e, também, boliviana para o interior

do Brasil e o mundo, isso porque, a Bolívia é um dos países que concentra grandes plantações de coca e tem laboratórios de refino de pasta base de coca. Primeiramente, a cidade de Corumbá era como uma “cidade corredor” ou ponto de conexão dos grandes cartéis da droga e, posteriormente, devido à facilidade de aquisição das drogas, criou-se redes internas de distribuição de drogas com grande expansão nos anos 90 (MACHADO, 1996; OLIVEIRA; COSTA, 2012e).

Hoje observa-se no município de Corumbá a consolidação dessas redes a partir da grande quantidade de pontos de venda de drogas. Em estudo realizado por Oliveira (2013d) foi observado o alto índice de bocas de fumo, em torno de 280 bocas (dados da polícia civil) para um município de pouco mais de 100 mil habitantes, e de usuários de drogas, entre eles, se destacam os usuários de pasta base, conhecidos também como zumbis ou pipeiros, pelo fato de perambularem pelas ruas durante a madrugada e consumir a pasta base em pipas⁵. Estes são vistos pela população com poluidores da cidade, por sua aparência e comportamentos.

Tal fato alterou a economia local e proporcionou formas específicas de comercializá-la na região, devido à fronteira favorecer uma capitalização rápida do comércio (grandes lucros aos que vendem que podem chegar a mais de 200% e baixos preços para os que consomem) e gerar uma rede horizontal ampla de atores sociais transnacionais, a partir de relações informais que conseguem “driblar” o aparato repressivo estatal sem grandes dificuldades (OLIVEIRA; COSTA, 2012e). “O marco mais visível e simbólico dos limites da fronteira de Corumbá/Brasil está na aduana da Receita Federal, onde raramente ocorrem operações de fiscalização. Assim a droga entra ‘tranquilamente’ em Corumbá (...)” (OLIVEIRA; COSTA, 2012e, p. 9).

Machado (1998, p. 6) afirma que “o comércio de drogas e o comércio de dinheiro (moeda, papel ou crédito) compartilham a mesma ambiguidade: a de potencializar os lucros, ao atuar de forma transnacional e, ao mesmo tempo, de se beneficiar das diferenças jurídico-político-econômicas entre os estados nacionais”.

Segundo Oliveira (2013d, p. 45), Corumbá tem características importantes que potencializa o tráfico de drogas internacional é “um dos principais núcleos de fronteira entre o Brasil e seus países vizinhos” que tem “um ponto de conexão entre os portos do oceano Pacífico e Atlântico e que conta com rodovias, ferrovias, hidrovias e aeroportos”,

⁵ Uma espécie de cachimbo produzido de material reciclável, como antena de televisão e tubo de caneta, para consumo da droga pasta base de cocaína.

possibilitando a integração com os grandes centros urbanos. Logo, se configura como um ponto de passagem do comércio internacional de drogas, especialmente, cocaína e pasta base – comércio transnacional tão lucrativo e perigoso, mas também, como um mercado consumidor dessas substâncias ilícitas (OLIVEIRA, 2013d). Desse modo,

A expansão do mercado da cocaína no varejo local é fruto da facilidade em conseguir a droga como também da demanda crescente de usuários, isso também acontece com o aumento de bocas que vendem a base. Devido a proximidade com o país produtor e fornecedores, o produto chega com mais facilidade nas bocas como também se torna mais barata para a venda ao consumidor (...) (OLIVEIRA, 2013d, p. 119).

Ainda de acordo com esse autor, o comércio de drogas nesta região corumbaense é diferente, primeiramente, nas formas e meio de conseguir a substância, “os traficantes (visão do Estado) conseguem a droga no país produtor, sem precisar de grandes ‘esforços’, sem um emaranhado de trabalhadores e uma logística complexa” e, ainda, adquirem por preços baixos, “o pó é barato e, por conseguinte a base também”. Assim, como na forma de comercializar, as bocas de fumo nesta região são tidas como bocas familiares⁶ e bocas bar⁷, sem a presença aparente de armas e violência, como nos grandes centros (OLIVEIRA, 2013d, p. 118).

No que se refere ao município de Ponta Porã, este está situado sobre a Serra de Maracajú no Sul do estado de Mato Grosso do Sul, com cerca de 88 mil habitantes (IBGE, 2016), faz divisa com a cidade paraguaia de Pedro Juan Caballero, capital do Departamento de Amambay no Paraguai, constituem uma única unidade urbana, separada apenas por uma avenida – as chamadas cidades gêmeas, as quais mantêm um forte laço comercial, social e cultural, onde funcionam formas culturais e comerciais de toda ordem e feitos, sendo a linha internacional palco das mais variadas práticas, inclusive de atividades ilícitas (FEDATTO, 2005; MARTINS; MARTINS, 2010; OLIVEIRA, 2010).

“Entre as duas cidades não existem barreiras, que dificultem ou impeçam a comunicação entre seus habitantes. Por isso mesmo, é natural que se formem laços familiares, de amizade, comerciais, de trabalho e outros” (FEDATTO, 2005, p. 493), permitindo que línguas, costumes e tradições não tenham limites determinados e que as identidades sejam dinâmicas, a chamada identidade fronteiriça.

A ocupação territorial da região de Ponta Porã se inicia a partir do século XVIII, em decorrência das atividades da Cia. Matte Laranjeira, sendo utilizada como um local para

⁶ São casas de famílias que vendem drogas, onde toda a rotina cotidiana de uma casa de família se contrasta com a atividade ilegal (OLIVEIRA, 2013d).

⁷ São bares que funcionam também como ponto de venda de drogas, podendo o dono do bar ter vínculo ou não com a venda das drogas (OLIVEIRA, 2013d).

armazenar a erva-mate produzida em Punta Porã (atual Pedro Juan Caballero) que posteriormente era transportada por carretas até o porto de Concepción (PA) para escoar a produção pelo rio Paraguai em direção à Argentina (país que realizava a industrialização e comercialização da erva-mate). No entanto, o município foi criado, de fato, em 1912, separando-se do Distrito de Bela Vista, ao qual pertencia (OLIVEIRA, M., 2011).

Assim, o entrelaçamento entre as duas cidades existe desde o nascimento de Ponta Porã, isso porque o município brasileiro e paraguaio são frutos da mesma árvore histórica (Cia. Matte Laranjeira) e articulam-se uma estrutura urbana antiga entrelaçada a partir de uma mesma rua (OLIVEIRA, 2010).

Todavia, “nas décadas de 1950 a 1970 ocorre um avanço das atividades econômicas na fronteira com as tentativas de cultivo de café. Acreditava-se que os bosques virgens, a qualidade e baixo preço das terras seriam estímulos a esse cultivo”, porém, as sucessivas geadas arrasaram as plantações de café, então, iniciou-se o desmatamento e assim, o contrabando de madeira, mas principalmente o cultivo ilícito de maconha (p. 7). No entanto, a partir da década de 1970 também ocorreram avanços nos cultivos de soja, milho e trigo, como a expansão da produção agrícola brasileira e, ainda, de forma incipiente a pecuária (OLIVEIRA, M., 2011).

E ainda, nos anos de 1970 e 1980 houve uma intensa reestruturação de sua geografia urbana com a criação de vários bairros, movida por um fluxo de capitais que sobressaltou devida concentração fundiária do lado brasileiro e o volume de terras baratas do lado paraguaio (MARTINS; MARTINS, 2010).

Cabe dizer, que o município de Ponta Porã é considerado no estado o primeiro produtor de amendoim, o segundo de trigo, o terceiro de soja, o quarto de erva mate e o quinto de girassol. Sua maior atração turística é a proximidade do comércio de importados da cidade vizinha de Pedro Juan Caballero o que movimenta o setor hoteleiro do município que conta com melhor estrutura para atender a demanda (MARTINS; MARTINS, 2010; OLIVEIRA, 2010).

Contudo, o cultivo da maconha em terras paraguaias se estende até os dias atuais, e o Departamento de Amambay é considerado o maior produtor de maconha do Paraguai (70% do total), o que configura o município de Ponta Porã como a principal porta de entrada no Brasil de maconha plantada no Paraguai, porém, grande parte desta economia é controlada por brasileiros (OLIVEIRA, M., 2011). Nesse sentido, entre os problemas apresentados pela região está o crescimento da economia informal, o contrabando e o tráfico de drogas (MARTINS; MARTINS, 2010).

Gemelli (2013) aponta que o Paraguai é o maior produtor de maconha de qualidade da América Latina e, também, tem se tornado rota de passagem de cocaína provinda da Colômbia, Peru e Bolívia para o território brasileiro, aproveitando a posição geográfica e a existência da vasta fronteira seca entre o Brasil e o Paraguai.

Todavia, o tráfico e o consumo de drogas no Brasil é uma realidade crescente, o país faz fronteira com os maiores produtores de coca (Colômbia, Peru e Bolívia) e maconha (Paraguai) do mundo o que se constitui em um dos elementos que contribui para o crescimento dessa atividade articulada por uma logística transfronteiriça.

O tráfico de drogas ilícitas é uma das atividades que mais cresce mundialmente, por apresentar grande lucratividade sempre encontra formas de realimentar e fortalecer, o não pagamento de impostos acaba fazendo com que os Estados percam o controle, além da articulação de redes com o domínio do território e o envolvimento de vários atores sociais sempre encontram formas de escapar da fiscalização. No entanto, não se pode esquecer daqueles que alimentam todo esse processo, que são os usuários de drogas, sem os quais não haveriam razões, motivos para a produção e articulação da rede de tráfico de drogas, logo, produtores, traficantes, atravessadores e usuários estão em processo constante de interação. Assim, a Guerra às Drogas acaba sendo uma luta inglória, um fracasso nos recursos investidos em seu combate, o que reforça a importância e necessidade de desenvolver ações voltadas para área da saúde (GEMELLI, 2013).

Não obstante, também cabe mencionar que “o tráfico de drogas é um problema social, seu combate passa pela necessidade de políticas públicas sociais que tragam melhorias às condições de vida da população, aliado a políticas voltadas a recuperação dos usuários de drogas” (GEMELLI, 2013, p. 92).

Por fim, as características das regiões fronteiriças possibilitam demonstrar que cada fronteira é única, sujeita a múltiplas territorializações e relações desenvolvidas em distintas escalas, assim para compreendê-la é preciso observar as especificidades de seus fluxos e suas conexões íntimas com esse território. Cada uma tem um conjunto de interações sócio materiais própria que necessitam do desenvolvimento de políticas específicas voltadas a essas regiões (SILVA, 2012).

Nesse sentido, as fronteiras que constituem objeto deste estudo são caracterizadas, segundo Oliveira (2005; 2010; 2014), como “fronteiras vivas”, “fronteiras vibrantes” onde há uma forte integração formal (enquadrada na legalidade com aparato institucional e repressivo como forma de controle) e uma forte integração funcional (relações e atividades sem aportes formais que consolidam a complementaridade cotidiana da população – o movimento de

trocas) com importante presença demográfica e estrutura social complexa. As relações sociais entre os habitantes da região são facilmente estabelecidas, apesar das diferenças constroem espaços próprios comuns, trocam informações e produtos, criam normas e articulações para atender as necessidades da população local transgredindo, algumas vezes, determinações formais. São regiões que vivenciam constante tensão, mas permite acionar seus atores, no esforço de operacionalizarem recursos e promoverem formas alternativas de desenvolvimento endógeno.

1.2.2 Condição fronteira: potencialidades e vulnerabilidades

Muito se menciona nesta pesquisa sobre as variáveis fronteiriças e consequente condição fronteira a que estão submetidos os indivíduos que residem nas regiões de fronteira, pois entende-se que o conjunto de variáveis que se fazem presentes nesse território, sejam elas variáveis culturais, ambientais, políticas, econômicas e sociais, as quais lhe tornam territórios únicos, diferentes de outros do Estado-Nação, produzem efeitos peculiares nos indivíduos sujeitando-os à uma condição fronteira, ou seja, a uma condição própria e singular da região de fronteira.

Essa condição fronteira que se busca compreender, não diz respeito a uma forma pejorativa e preconceituosa de retratar os indivíduos que ali residem e que estão sob a influência das variáveis mencionadas, menosprezando-os e colocando-os à margem da sociedade em geral. Muito pelo contrário, busca-se apenas retratar as particularidades que se fazem presentes no seu território e, no caso deste estudo, se isso produz alterações na saúde mental, especificamente, dos usuários de drogas ilícitas da região fronteira.

Nesse sentido, apresentam-se algumas concepções de autores sobre a dinâmica própria da fronteira de modo a apontar as características dessa região que repercute na vida e cotidiano de cada morador. Para Oliveira (2014), as fronteiras têm suas próprias conexões (culturais, administrativas, econômicas e sociais) que lhe atribuem uma identidade e lógica pessoal. Constituem em elementos de diferenciação, de comunhão e de comunicação que introduz, muitas vezes, a ordem e a desordem, o formal e o informal, como uma espécie de equilíbrio dinâmico. Apresentam ambiguidades e particularidades que as tornam em um território peculiar com uma dinâmica social particular. Essa condição do território fronteiro, ou seja, essa condição fronteira marca a população, a cidade e os organismos políticos e econômicos de modo que a formação das identidades é distinta do resto do Estado-Nação.

Portanto, “na região de fronteira há complementaridades de toda ordem”, formais e informais com potencialidades e vulnerabilidades tornando-a em “subsistemas abertos pouco condicionados às amarras das burocracias estatais” e fazendo com que a vida da população, suas coisas, fatos e atos, sejam movidos por vontades ou necessidades que fogem das diretrizes legais, onde a integração informal sobrevive às conjunturas políticas de limites e aos marcos de jurisdição legal (OLIVEIRA, 2005, p. 377).

A “vida na fronteira é bipolar e multiforme”, onde dois povos, duas nacionalidades e duas legislações de países diferentes se impõem e contrapõem ao mesmo tempo, invocando tanto uma convivência conflitiva quanto amorosa, cuja necessidade do indivíduo fronteiriço é de se adaptar e criar condições necessárias para a produção e reprodução de uma localidade específica, transformando em territórios singulares (OLIVEIRA, 2005, p. 379) com valores, traços culturais e linguagens próprias dessa localidade.

Esses territórios singulares podem ser marcados por interações e trocas econômicas e culturais de benefícios recíprocos, mas também por constantes tensões e conflitos entre as populações vizinhas (SILVA, 2012), assim como práticas ilegais, devidas suas características geográficas, políticas, sociais e econômicas, fazendo-se presente no cotidiano de fronteira a permissividade (OLIVEIRA, 2014). Tais fatores compõem um quadro complexo que permeia a vivência fronteiriça.

Segundo Oliveira (2013f), “essas relações que se formam de amizade e parentesco através da integração informal, são fundamentais para a manutenção das redes ilegais do tráfico de drogas que operam nessa região” (p. 184). Isso porque, as fronteiras são lugares que apresentam um diferencial em relação ao recurso econômico (diferença nos regimes econômicos – existência de dois ou mais câmbios) e social (contato transnacionais) que as tornam, como de fato, lugares propícios aos negócios (lícitos ou ilícitos), onde no mundo dos negócios pouco importa os limites da Lei do Estado, deixando-as como regiões vulneráveis e propícias a diversidade de ilegalidades. Com isso, entende-se “o que a cidade de fronteira possui de diferente dos grandes centros urbanos que propiciam a formação de redes ilegais” (p. 189).

Nesse sentido, as fronteiras também compreendem regiões de vulnerabilidades, com problemas de ampla magnitude como, o contrabando, o tráfico de drogas, a drogadição e a criminalidade, que envolvem particularidades, enquanto organização, base econômica e fluxo inter/transfronteira e, ainda apresentam uma complexidade e ambiguidade de fatores, culturais, sociais, econômicos, políticos, morais, entre outros, que se relacionam com as diversas identidades presentes ali (MULLER, 2005; OLIVEIRA; COSTA, 2012c).

Tal complexidade de fatores e de variáveis que envolvem essa região, ou seja, que lhe configura uma realidade fronteiriça, acaba por influenciar nas condições de vida e saúde dos indivíduos, pois estes fatores se diluem nas relações sociais que se constroem e reconstroem constantemente nesse espaço (MARCA, 2007). É a partir das interações dos indivíduos com essas variáveis de fronteira (culturais, ambientais, sociais, econômicas, políticas), que se faz presente a condição fronteiriça, seja a partir das potencialidades ou vulnerabilidades. E as cidades de Corumbá/MS e Ponta Porã/MS propiciam essa condição fronteiriça aos seus moradores diferente de outros municípios não fronteiriços (por exemplo, Campo Grande/MS).

1.3 A relação entre drogas e fronteira

Após ter apresentado as considerações teóricas da drogadição e da fronteira cabe discutir a relação entre os dois fenômenos, uma relação com repercussão mundial que afeta toda a população, especialmente, a população fronteiriça.

Como discutido anteriormente, a fronteira é uma região bastante peculiar que envolve variáveis particulares e específicas, tem suas potencialidades de integração econômica e cultural, mas também problemas peculiares e exclusivos que necessitam de atenção (AMORIM, 2012). Algumas mazelas como, o tráfico de drogas, a drogadição e a exclusão social, são fenômenos presentes na sociedade como um todo, porém na fronteira está de forma mais acentuada (MARCA, 2007). Tais regiões potencializam a atividade do tráfico, tanto pela lógica mais elementar de sobrevivência que abastece o território nacional e internacional, como pelas emaranhadas relações que se encontram (GEMELLI, 2007).

Essa atividade faz parte do cotidiano fronteiriço, “constituindo uma complexa e articulada rede ilegal pelo território que ultrapassa o limite internacional, concretizando-se numa indústria essencialmente transnacional”, sendo que esta rede é de ampla escala (local, regional, nacional e internacional), envolve diferentes atores sociais e se articula sob diferentes pontos do espaço geográfico, numa complexa trama de relações que ultrapassam os limites nacionais (GEMELLI, 2013, p. 18).

Além disso, de acordo com Oliveira (2013f), a fronteira se torna um atrativo para o tráfico, comércio e consumo de drogas por conta da existência de dois câmbios de moedas, tornando os preços baixos e a margem de lucro sobre o produto alto. E ainda,

podemos pontuar que o lucro com o trabalho ilícito, torna-se uma crescente, gerando um grande problema social em função do aumento de pessoas que ingressam nesse seara, como também no crescente número de usuários, devido ao baixo custo da

droga (pasta base e cocaína), assim como a facilidade de conseguir o produto (OLIVEIRA, 2013f, p. 189).

Dessa forma, “há um olhar crescente do Estado e de grande parte da população brasileira para as fronteiras: fronteiras essas vistas sempre como o início do gigantesco problema que é o comércio de drogas ilícitas no Brasil” (OLIVEIRA, 2013d, p. 13), estigmatizando as cidades fronteiriças como um lugar, exclusivo, das ilegalidades, tráfico de drogas, armas e pessoas.

Para Machado (1996), o comércio ilegal de drogas não pode ser considerado tema marginal e eventual, pois este adquire um caráter de atividade transnacional, configurado em uma rede complexa que envolve práticas econômicas e espaciais e, que opera em escala global, assim como, o consumo de drogas, onde seu fluxo perpassa fronteiras nacionais, ao mesmo tempo em que são beneficiadas pela existência delas.

Contudo, o problema do comércio de drogas ilícitas é uma questão de ordem internacional, que envolve tanto o eixo da segurança pública como também a área da saúde pública e está presente não só no Brasil, mas ao redor do mundo (OLIVEIRA, 2013d), nos grandes centros, nas cidades do interior e em cidades fronteiriças. Nas cidades fronteiriças a magnitude do problema é maior, segundo Amorim (2012), por conta de algumas características da fronteira: a falta ou pouco policiamento; o posicionamento geográfico da faixa de fronteira; a abundância de estradas vicinais; a falta de políticas públicas; distanciamentos dos centros políticos; aproximação intercultural e complexidade legal.

Todavia, os problemas decorrentes do uso abusivo de drogas atingem a sociedade internacional e devem ser enxergados como um risco à saúde e bem-estar dos povos e não apenas como mercadoria em trânsito ilegal entre os países, responsável pelo financiamento de outros crimes transnacionais. Além disso, é um problema que afeta as estruturas políticas, econômicas, sociais e culturais dos países (CHAGAS; VENTURA, 2010).

De maneira alguma, há pretensão de dizer que as fronteiras são lugares exclusivos e por excelência do comércio e consumo de drogas, assim como ignorar que lugares que não estão na região de fronteira não desenvolvam tais atividades. O que se busca é investigar se as especificidades e particularidades da fronteira que estabelecem a condição fronteiriça (aspecto já abordado) interferem sob os indicadores de saúde mental e de qualidade de vida dos usuários de drogas, para isso a pesquisa utilizar-se-á de instrumentos psicológicos padronizados com indivíduos residentes em região de fronteira e não fronteira, ou seja, indivíduos que estão e que não estão sujeitos à condição fronteiriça.

1.3.1 Drogas e fronteira: sua repercussão mundial

Retratar a drogadição e a fronteira não é uma tarefa fácil, posto que, são fenômenos que envolvem uma complexidade de fatores que se relacionam e interferem na qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Entretanto, o tema não é pensado à luz da fronteira, a partir da relação que os próprios usuários de drogas estabelecem com esta região peculiar, ou seja, sob uma perspectiva individual e simbólica, mas prioritariamente sob o ponto de vista da repressão, por meio da segurança pública ou ainda, sob a perspectiva da geopolítica.

“O fenômeno das drogas se destaca entre os problemas de saúde, com repercussões sociais, políticas, econômicas e culturais para a sociedade internacional” (CHAGAS; VENTURA, 2010, p. 01), transcendendo as fronteiras. Ela deve ser encarada numa perspectiva de saúde internacional em que não se enxerga o usuário apenas como criminoso (perspectiva de segurança internacional repressora) e sim como cidadão, que necessita receber tratamento adequado e não apenas ir para a prisão (CHAGAS; VENTURA, 2010; RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Apesar dos avanços ocorridos na área da saúde com os tratamentos destinados aos usuários de drogas, ainda, segundo Wandekoken e Dalbello-Araújo (2015), a questão da drogadição nos países, especialmente de fronteira é, na maioria das vezes, tida como um caso de polícia e não de saúde pública, tendo como questionamento a abordagem psicossocial do uso de drogas, uma vez que a questão social relacionada às drogas é um grave problema ignorado.

Portanto, muito ainda precisa ser feito, pois prepondera na sociedade uma espécie de pensamento narcoterrorista e idealista, onde “para se obter sucesso no combate ao uso e ao tráfico de drogas, é imprescindível saber quem é a causa e quem é a consequência” (SANTOS; OLIVEIRA, 2012, p. 91), deixando de lado as repercussões na saúde do próprio usuário.

Cardin (2013) apud Gemelli (2013) enfatiza a importância de a sociedade em geral ter uma maior compreensão em relação ao tráfico de drogas, que supere o caráter moralista e que haja um maior envolvimento nas tomadas de decisões e na construção de projetos, ou seja, no enfrentamento das mazelas produzidas pelo tráfico de drogas. Isto porque, a desigualdade social e os problemas atrelados a ela (por exemplo, o uso abusivo de drogas), constituem-se em um dos elementos que garante a manutenção do tráfico de drogas.

(...) o papel do Estado é essencial nas questões atreladas ao tráfico e uso de drogas já que, para além da repressão, devem ser aplicadas políticas públicas de

desenvolvimento econômico e social para as regiões de trânsito e consumo, tais como a fronteira (...). Isto porque o tráfico apresenta raízes profundas, as quais possivelmente não serão desatadas somente com a repressão à atividade, mas com ações mais complexas, ligadas aos fatores que ocasionam o aumento da atividade do tráfico de drogas, como a desigualdade social e demais questões a esta atreladas (GEMELLI, 2013, p. 153).

Como visto anteriormente, medidas referentes ao campo da segurança pública e da justiça no enfrentamento às drogas ilícitas foram adotadas por muitos países ao longo dos séculos, tendo como modelo de intervenção a repressão, o proibicionismo e a estratégia de guerra às drogas – que prioriza a redução da oferta de drogas, com intervenções de criminalização da produção, tráfico, porte e até consumo de drogas ilícitas, se pautando no modelo moral e criminal, com um objetivo maior de criar uma sociedade livre das drogas. Neste caso, a prevenção ao uso de drogas e o tratamento se constituem o segundo plano de intervenção. Os resultados deste modelo de intervenção são questionáveis, uma vez que o consumo de drogas continua crescendo a nível mundial, assim como o tráfico de drogas, ou seja, o conjunto de ações voltado para a política do proibicionismo não deslancharam, na realidade não contiveram o fenômeno das drogas em qualquer parte do mundo e falharam (ALVES, 2009; MACHADO; BOARINI, 2013).

Para Paterson e Robinson (2014), a guerra global contra as drogas fracassou, foram gastos bilhões de dólares na luta contra o tráfico de drogas na América Latina e Caribe e, os resultados positivos são poucos e distantes, pois a estratégia de oferta de drogas é maior que a estratégia de combate às drogas, além de constituir em um negócio muito lucrativo.

Ademais, a política proibicionista no enfrentamento às drogas tem ocasionado sobrecarga ao sistema de justiça com a lotação de unidades prisionais e onerando-o pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de combate às drogas (ALVES, 2009), especialmente em regiões de fronteira.

A lógica da guerra às drogas busca combater a produção da substância, dividindo os países entre produtores, exportadores e consumidores, reprimindo a oferta dos países produtores, a procura dos países consumidores e a exportação nas fronteiras, portos e aeroportos. Tal estratégia se baseia numa lógica geográfica e desloca para os países periféricos a fonte causadora dos problemas gerados pelo tráfico de drogas. Tal estratégia (...) não inclui como problema a ser enfrentado a produção da subjetividade consumista que movimenta o mercado internacional de drogas e caminha de mãos dadas ao processo de transnacionalização da economia de mercado. (...) O tráfico de drogas não pode se reduzir à produção da substância, mas deve se estender ao plano de produção de subjetividade consumista (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 155).

Nesse sentido, o fenômeno da drogadição na fronteira vem sendo, constantemente, pensado e tratado pela sociedade e pelas políticas sob a ótica da segurança pública – a repressão, onde se faz presente fortes traços de ideais de um mundo livre das drogas, com

conceitos moralistas, autoritários e intolerantes (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAÚJO, 2015), pelo fato da região de fronteira ser vista como rota de escoamento de drogas para os grandes centros e haver uma preocupação com a prática de ilícitos, além da frequente associação das drogas com a criminalidade (AMORIM, 2012), sendo necessário o desenvolvimento de táticas e estratégias, a nível mundial, voltadas para o combate às drogas por meio da segurança. Trata-se de uma política de doutrina dos norte-americanos, onde o problema das drogas é considerado um inimigo que ameaça a segurança nacional e, o controle social para além das fronteiras se dá por meio das forças armadas (ZULETA; ROLDÁN, 2007).

Cabe aqui destacar a fala do Ministro da Justiça Tarso Fernando Herz Genro no I Simpósio Internacional de Segurança Pública e Políticas Públicas sobre Drogas no Rio de Janeiro em 2009 que enfatiza essa intervenção repressiva e proibicionista em relação às drogas, “o combate às drogas é uma questão de saúde pública, é uma questão de combate à criminalidade, é uma questão cultural (...). E o combate à drogadição, o combate ao tráfico de drogas é um tema que diz respeito à segurança nacional, à soberania e a um projeto de nação” (p. 25). Com essas palavras, parece que se está diante de um exército combatente a um perigoso inimigo que ameaça toda uma sociedade onde é necessário juntar todas as forças para combatê-lo, caso contrário destruirá a todos, além de ir ao desencontro do que é preconizado pela atual política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) que foi abordada em tópico anterior.

Esse problema social e de saúde pública deve ser enfrentado com políticas públicas específicas, integrando de maneira equilibrada estratégias, tanto de prevenção, como de atenção à saúde e reinserção social aos usuários de drogas (ALVES, 2009). Segundo Amorim (2012), há uma falta de políticas públicas que levem em conta as demandas dos usuários de drogas na fronteira, fato que reflete diretamente na área da saúde, pois há uma preocupação por parte dos governos voltada para a segurança pública (a repressão), uma vez que esta região é considerada fértil para a criminalidade e tráfico de drogas.

Destarte, essa preocupação com a eficácia das políticas públicas voltadas para a segurança pública nas regiões de fronteiras como forma de evitar a criminalidade, a lavagem de dinheiro e o tráfico de drogas, leva ao esquecimento as políticas públicas voltadas para as demandas dos usuários de drogas na fronteira, ou seja, para o campo da saúde, deixando de ser prioridade aos interesses dos governos (AMORIM, 2012).

Em estudo prévio realizado em bases de dados com o intuito de conhecer as produções científicas acerca do fenômeno da drogadição na fronteira, sob qual abordagem estão pautadas

tais produções, foram localizadas algumas publicações que discutem o fenômeno das drogas na fronteira sob algumas perspectivas: a da saúde pública, envolvendo a saúde do usuário de drogas e da população em geral, a dimensão social como um potencial gatilho para a drogadição e a da segurança nacional, a importância de desenvolver estratégias para controlar as drogas.

Essas diferentes perspectivas se fazem presentes pelo fato das drogas se constituírem como um fenômeno complexo que envolve um conjunto de variáveis (sociais, culturais, psicológicas, genéticas) que são difíceis de serem mencionadas e isoladas. Porém, por mais que haja uma tentativa de mudança de paradigmas, se mantém evidente o descompasso entre as políticas oriundas do campo da segurança e àquelas provindas da saúde pública, havendo uma predominância daquelas de cunho proibicionista e repressiva, no ideal de abstinência e na ideologia norte-americana de guerra às drogas como uma forma de manter a ordem social. De modo que a perspectiva voltada para a saúde, ainda, não superou os “entraves da segurança pública e da justiça na questão das drogas, uma vez que as experiências ainda demonstram falta de clareza sobre os âmbitos de intervenção de cada uma dessas áreas e a contradição das concepções sobre o fenômeno das drogas entre os dois lados” (MACHADO; BOARINI, 2013, p. 593).

Segundo Chagas e Ventura (2010), isso se explica pelo fato de ser recente o interesse do sistema internacional de controlar as drogas a partir de uma abordagem mais voltada para a área da saúde internacional, numa perspectiva em que se leva em conta a prevenção, o tratamento e a reinserção social como possíveis soluções para seu controle. Ao longo de muitos anos, o uso de drogas esteve atrelado apenas ao campo da justiça, restando pouco espaço para o exercício da saúde pública, sendo uma questão de polícia e não de saúde (DIAS, 2008).

Durante muito tempo, a temática das drogas foi tratada com mais afinco numa abordagem de segurança internacional, em que a droga era encarada como mercadoria em trânsito ilegal entre os países, responsável pelo financiamento de outros crimes transnacionais. Sendo assim, o mundo reagia a esse fenômeno com política repressora, fortemente focada na redução da oferta das drogas (CHAGAS; VENTURA, 2010, p. 03-04).

Assim, “o estigma associado ao consumo e à oferta de drogas ilícitas (vinculadas à marginalidade e à violência) manteve as autoridades mais ocupadas com a guerra às drogas do que com os riscos à saúde e à qualidade de vida dos usuários” (DIAS, 2008, p. 06).

Contudo, a mudança de abordagens e perspectivas se constitui em um processo que pode levar muitos anos para prevalecer o enfoque voltado para saúde, pois os desafios no campo das drogas se fazem presentes em âmbito nacional e internacional.

Esses desafios possuem múltiplos aspectos e impõem uma abordagem multidisciplinar do governo que alcance simultaneamente as várias dimensões relativas a essas questões, na busca de respostas inovadoras, adequadas e eficientes (ICOS, 2009).

É evidente que as drogas envolvem um conjunto de problemas associados, tais como: o tráfico de drogas, o crime organizado e a lavagem de dinheiro que, realmente, fogem do campo da saúde pública e se referem à dimensão jurídica do problema, entretanto, não se resume só a isso, há uma parte fracionária dos problemas envolvidos com as drogas, que é a dimensão do próprio usuário ou consumidor, que diz respeito à esfera da saúde (DIAS, 2008) e que, atualmente, ainda não recebe sua devida relevância nas produções científicas e políticas públicas voltadas para a fronteira.

De modo geral, embora a atual política do nosso país reconheça a problemática das drogas como um desafio para a saúde pública e tenha delineado políticas públicas voltadas para a prevenção ao uso abusivo de drogas, tratamento e reinserção social dos usuários, quando se trata da fronteira, tais políticas perdem as “forças” e ganham destaque àquelas voltadas para o controle da demanda de drogas e a repressão ao tráfico, ações fixadas na área da segurança pública.

Dessa forma, a falta de investimentos, assim como, a falta de interesses políticos em ações preventivas e também de tratamento no que se diz respeito às drogas na fronteira, acabam interferindo na vida da população fronteiriça em geral e não apenas dos usuários de drogas. Tal situação indica a necessidade da mudança de perspectivas, pois os gastos financeiros voltados ao combate às drogas são grandes e os resultados positivos são poucos, uma vez que o tráfico de drogas internacional constitui-se em um negócio muito lucrativo e de ampla magnitude que dificilmente será erradicado.

Por fim, cabe dizer, que a intenção não é de forma alguma ignorar os problemas relacionados à segurança pública/justiça envolvendo o tráfico de drogas na fronteira. É notória a presença de criminalidades nesta região relacionadas ao tráfico, mas o foco do trabalho é pensar especificamente na saúde mental dos usuários de drogas deste território que pode apresentar suas singulares e por isso deve ser tratado na perspectiva da saúde pública.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo se destina a apresentar detalhadamente o percurso metodológico empregado para alcançar os objetos propostos na pesquisa.

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva de delineamento correlacional, pois foi comparada a ocorrência de algumas variáveis em situações diferentes em um contexto natural sem estabelecer um controle sobre as variáveis investigadas. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo avaliar e descobrir se existe uma relação entre essas variáveis, a partir da comparação entre os grupos pesquisados (DANCEY; REIDY, 2006; RUEDA; ZANON, 2016). No caso deste estudo, investigar possíveis diferenças nos níveis de indicadores de saúde mental e qualidade de vida (variáveis) entre os usuários de drogas de Corumbá/MS, Ponta Porã/MS e Campo Grande/MS (grupos diferentes). Nesse sentido, o delineamento correlacional possibilita estabelecer comparação entre as variáveis e, com isso, estimar as diferenças entre os grupos (RUEDA; ZANON, 2016).

2.2 Local

A pesquisa foi realizada nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS's ad) dos municípios de Corumbá, Ponta Porã e Campo Grande no estado de Mato Grosso do Sul.

O CAPS ad de Corumbá/MS está localizado na região central do município e foi criado em 2008, primeiramente, por ser um município com mais de 100 mil habitantes e, segundo, pelo fato de estar localizado em uma região de fronteira com a Bolívia, onde há o fácil acesso às drogas e a presença de um grande número de usuários. A instituição oferece atendimentos diários de segunda à sexta-feira, das 07h às 17h, aos indivíduos que fazem o uso prejudicial de álcool ou outras drogas, de ambos os sexos e acima de 18 anos.

Em Ponta Porã/MS, a instituição está localizada no bairro Parque das Exposições. De acordo com os profissionais essa localização da instituição distante da região central, dificulta o acesso dos usuários e repercute na demanda de atendimento. Foi implantado no município em 2002, inicialmente na modalidade de CAPS I, que segundo o Ministério da Saúde é uma modalidade que oferece atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes

e também com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou drogas de todas as faixas etárias (BRASIL, 2004). Mas, logo depois, foi transformada na modalidade CAPS ad, principalmente, pela fragilidade da fronteira seca com o Paraguai que gera facilidade de aquisição de drogas em decorrência de seu preço baixo, o que acarreta um número significativo de usuários de drogas, especialmente crack, e com isso uma alta demanda para o atendimento (PAES; ORLANDO, 2013). Por ser o único CAPS do município, o atendimento é oferecido a indivíduos de ambos os sexos e de todas as faixas etárias que fazem o uso prejudicial de álcool e/ou de drogas.

Já em Campo Grande/MS, o CAPS ad está localizado no bairro São Bento, próximo a área central. Trata-se do único na modalidade ad do município com uma população aproximada em 863.982.000 habitantes (IBGE, 2016), assim, seu atendimento abrange pacientes de ambos os sexos e acima de 18 anos de todas as regiões da cidade, contando com uma demanda expressiva para o atendimento. Este foi inaugurado em 2006, mas em 2015 foi adaptado na modalidade CAPS ad III (indicado para municípios acima de 200 mil habitantes) oferecendo atendimento 24h em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriado, de modo a proporcionar a atenção integral e contínua aos indivíduos com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e/ou drogas (BRASIL, 2012).

Nos municípios de fronteira onde a pesquisa foi realizada o atendimento a usuários de drogas estrangeiros⁸ se faz presente, especialmente, dos países da América do Sul devido à proximidade com o Brasil, pelas informações colhidas esse atendimento é mais recorrente em Ponta Porã/MS do que em Corumbá/MS sendo que o procedimento de atendimento e acompanhamento segue as mesmas diretrizes, mas com algumas adaptações locais para conseguir atender a demanda. No momento da pesquisa o CAPS ad de Corumbá/MS não contava com nenhum estrangeiro em atendimento, já em Ponta Porã/MS dois usuários paraguaios participaram da pesquisa. Um dos obstáculos no atendimento em Corumbá é a questão lingüística, uma vez que não tem nenhum profissional que fala espanhol fluentemente, já em Ponta Porã o coordenador da unidade é paraguaio e mantém comunicação fluente com os estrangeiros de língua espanhola.

⁸ Usuários de drogas estrangeiros, no contexto do presente estudo, se referem aos indivíduos de outras nacionalidades que se encontram nas cidades fronteiriças do lado brasileiro e busca pelo atendimento especializado ao uso prejudicial de álcool e/ou de drogas no CAPS ad.

2.3 Participantes

A pesquisa foi realizada com pacientes usuários de drogas ilícitas e/ou usuários cruzados, conscientes e orientados, sem indicadores de Transtorno Mental Grave, acima de 18 anos e de ambos os sexos, atendidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS's ad) dos municípios de Corumbá/MS, Ponta Porã/MS e Campo Grande/MS, constituindo-se em três amostras independentes:

- Grupo 1: 32 usuários em tratamento no CAPS ad do município de Corumbá/MS.
- Grupo 2: 19 usuários em tratamento no CAPS ad do município de Ponta Porã/MS.
- Grupo 3: 23 usuários em tratamento no CAPS ad do município de Campo Grande/MS.

Utilizou-se como critério de exclusão, pacientes alcoolistas e os que apresentam severos prejuízos cognitivos e Transtornos Mentais Graves observados empiricamente pela pesquisadora durante a coleta de dados, uma vez que está apresenta capacidade técnica de avaliação.

2.4 Instrumentos

Para a realização da coleta de dados da pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Entrevista com base em um roteiro estruturado (Apêndice B): Este instrumento constituiu-se de questões fechadas e abertas sobre as características sociodemográficas, relativas ao uso de drogas, ao tratamento e a percepção da fronteira que serviu de subsídio para delinear o perfil dos participantes e conhecer a perspectiva individual do fenômeno fronteira.

2) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL): foi validado por Lipp e Guevara (1994) e apresenta um modelo quadrifásico do *stress* baseado inicialmente no modelo trifásico de Selve (1984) no que diz respeito aos efeitos do *stress*. Esse instrumento tem como objetivo identificar se o sujeito apresenta sintomas de *stress*, que tipo de sintoma predominante (somático ou psicológico) e a fase em que este se encontra (alerta; resistência; quase-exaustão e exaustão). O ISSL é composto no total por 34 itens de natureza somática e 19 itens de natureza psicológica, porém muitas vezes os sintomas se repetem, diferindo em

sua intensidade e seriedade. Esses itens são divididos em três quadros que se referem às quatro fases do *stress*, em que o quadro dois é utilizado para avaliar duas fases (resistência e quase-exaustão). Os itens do quadro um estão relacionados com os sintomas experimentados pelo sujeito nas últimas 24 horas, os itens do quadro dois com os sintomas experimentados pelo sujeito na última semana e os itens do quadro três com os sintomas experimentados no último mês. Dessa forma, são obtidos três escores, um em cada quadro, e o diagnóstico de *stress* pode ser feito se algum dos escores atingirem os limites determinados para cada um deles (maior que 6 no quadro um, ou maior que 3 no quadro dois ou ainda maior que 8 no quadro três). Permanece o escore em que a porcentagem for mais elevada (obtida por meio da tabela de correção do manual) que indicará a fase de *stress* em que a pessoa se encontra e a partir desse escore pode-se encontrar o tipo de sintomas predominantes (psicológicos ou físicos) no indivíduo (LIPP, 2005).

3) Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*): foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), revisado por Beck, Russh, Shaw e Emery (1979/1992), traduzido para o português e validado por Gorenstein e Andrade (1982/1996) (CUNHA, 2001), sendo utilizado para medir a intensidade da depressão. É uma escala de autorrelato que contém 21 itens cuja finalidade é de descrever como a pessoa se sentiu na última semana. São itens que descrevem manifestações cognitivo-afetivos e outros que submetem queixas somáticas e de desempenho. Esses itens se referem à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, idéias suicidas, irritabilidade, mudança na autoimagem, insônia, perda de apetite, preocupações somáticas, perda libido, entre outros (CUNHA, 2001). Cada item contém quatro alternativas que apresentam graus crescentes de gravidade dos sintomas de depressão. Os escores variam de 0 a 3, sendo que 0 representa a ausência dos sintomas depressivos e 3 a presença dos sintomas mais intensos. O escore total dos itens permite classificar a intensidade da depressão em níveis, tais como: mínimo (0 – 11); leve (12 – 19); moderado (20 – 35) e grave (36 – 63) (CUNHA, 2001). No entanto, apesar de não haver um ponto de corte fixo para o diagnóstico de depressão, o que depende da característica da amostra estudada, o escore de 21 pontos ou mais tem sido sugerido como indicativo da existência de depressão clinicamente significativa (MALUF, 2002; MONTIEL et al., 2005).

4) Inventário de Ansiedade Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*): foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1988 e adaptado para o português, sendo utilizado para medir a

intensidade dos sintomas de ansiedade. O Inventário é composto por 21 itens com afirmações que descrevem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas comuns de ansiedade, em que o sujeito deve identificar o quanto cada sintoma lhe incomodou durante a última semana numa escala likert de quatro pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma, sendo: 0) “absolutamente não”; 1) “levemente”; 2) “moderadamente”; 3) “gravemente”. O escore total dos itens permite classificar a intensidade da ansiedade em níveis, tais como: mínimo (0 – 10); leve (11 – 19); moderado (20 – 30) e grave (31 – 63) (CUNHA, 2001). Da mesma forma que o BDI, os escores de 21 pontos ou mais tem sido sugerido como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa (MONTIEL et al., 2005).

5) *Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*: instrumento utilizado para avaliar aspectos gerais da saúde mental do indivíduo, se este apresenta Transtorno Mental Comum, que foi validado e traduzido para o português por Mari et al (MARI; WILLINS, 1986). É composto por 20 questões relacionadas a certas dores e problemas, tanto somáticos como psicológicos, que pode ter incomodado o sujeito nos últimos 30 dias, e este deve responder SIM (se a questão aplica a ele) ou NÃO (se a questão não aplica a ele). O resultado é obtido a partir das respostas SIM. Caso seja 7 ou mais está demonstrado a presença do Transtorno Mental Comum (MARI; WILLINS, 1986).

6) Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (*The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey - SF-36*): instrumento genérico utilizado para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos, desenvolvido nos EUA por Ware e Sherbourne (1992), mas foi traduzido e validado para a população brasileira por Ciconelli et al. (1999). É um questionário multidimensional composto por 36 itens que são agrupados em oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; saúde mental. Para cada domínio é obtido um escore que variam de 0 a 100, não podendo somá-los, onde 0 é o pior estado e 100 é o melhor. Assim, quanto mais perto de 0 mais comprometido se encontra o domínio (CICONELLI et al., 1999). Esses domínios podem ser divididos em dois componentes: físico e mental. O componente físico inclui os domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde, e o componente mental inclui os domínios: vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, porém os domínios: estado geral de saúde e vitalidade, também podem estar correlacionados com o outro componente. Essa divisão é uma forma mais ampla de visualizar

os dois principais componentes envolvidos na avaliação da qualidade de vida (MORALES et al., 2007;SERVELHERE et al., 2011).

2.5 Procedimentos

A pesquisa foi realizada com recursos próprios da pesquisadora no período de Abril a Junho de 2016, após avaliação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul em 29 de Março de 2016, sob o protocolo 1.469.230 (Anexo A), aceito e autorizado pelas instituições coparticipantes, a partir de um Termo de Anuência (Anexo B).

Para autorização da pesquisa pelas instituições coparticipantes foi necessário um contato prévio, que ocorreu de forma singular com cada uma das instituições de acordo com a política local do município. No município de Corumbá/MS o contato foi facilitado pelo fato da pesquisadora trabalhar na instituição como psicóloga, assim prontamente a coordenadora da instituição e de saúde mental do município autorizaram a coleta de dados, e esta última assinou o Termo de Anuência. No município de Ponta Porã/MS foi realizado contato por telefone com o assistente social e o coordenador da instituição que também aceitaram prontamente a coleta de dados, onde foi enviado por email o Termo de Anuência para formalizar a autorização da pesquisa. E no município de Campo Grande/MS o protocolo é diferente, existe um setor específico na prefeitura – setor de convênios - que trata de assuntos pertinentes a pesquisas, assim foi necessário enviar o projeto de pesquisa para que fosse, primeiro, aprovado por uma comissão desse setor, depois a pesquisadora precisou assinar um Termo de Parceria e Responsabilidade, para então receber a autorização por escrito da coleta de dados dos pacientes. Esse trâmite levou aproximadamente três meses.

Com a aprovação e autorização necessária, iniciou-se o contato com os pacientes que se encontravam em tratamento, primeiramente no CAPS ad do município de Corumbá/MS (Grupo 1), por ser a instituição em que a pesquisadora trabalha, em seguida, no CAPS ad de Ponta Porã/MS (Grupo 2), e por último, no CAPS ad de Campo Grande/MS (Grupo 3), nesses dois foi necessário viajar até os municípios e permanecê-los durante uma semana. Explicou-se, os objetivos da pesquisa para cada um dos participantes individualmente e o procedimento da aplicação dos instrumentos, respeitando a opinião de cada um e levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão já apresentados.

Uma vez aceito o convite pelo paciente para participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para que a pesquisa procedesse

conforme os procedimentos éticos estabelecidos pelo Comitê de Ética de Pesquisa com seres humanos, foi feita a coleta dos dados sociodemográficos a partir de uma breve entrevista com base em um roteiro estruturado (Apêndice B) e a aplicação dos instrumentos psicológicos e escalas de saúde individualmente, cujos resultados estão apresentados nas tabelas (1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7) e nos gráficos (1, 2, 3, 4 e 5) no capítulo seguinte o que permite a visualização dos participantes de cada grupo.

A coleta dos dados ocorreu em uma sala na própria instituição que se encontrava disponível no momento, onde o paciente poderia desistir a qualquer momento, caso se sentisse constrangido, sem qualquer prejuízo por isso. Dessa forma, a participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu voluntariamente e com consentimento informado dos mesmos.

Foi realizado o procedimento de aplicação assistida, na qual a aplicadora leu as sentenças dos instrumentos e assinalou no campo específico a resposta que foi verbalizada pelo respondente. A aplicação levou aproximadamente 30 minutos, e iniciou-se a partir do momento em que a pesquisadora obteve os dados sociodemográficos necessários do paciente.

Foram avaliados alguns sintomas psicológicos (*stress*; depressão; ansiedade; sofrimento mental) e a qualidade de vida dos pacientes a partir de instrumentos validados no Brasil, que seguiu a seguinte ordem: 1º) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL); 2º) Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory – DBI*); 3º) Inventário de Ansiedade Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*); 4º) *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); 5º) Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (*The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey - SF-36*). A ordem dos instrumentos foi sempre respeitada para todos os pacientes, assim como, os procedimentos éticos condizentes nas pesquisas com seres humanos, assegurando o sigilo, o anonimato e a confiabilidade dos dados obtidos com os sujeitos, conforme a Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000).

Os instrumentos psicológicos (ISSL; BDI; BAI) foram adquiridos a partir de recursos próprios e são de acesso restrito ao psicólogo, não disponível para domínio público, por tal motivo não consta em anexo. E a pesquisadora tem acesso a esses instrumentos por ser psicóloga cadastrada no Conselho Regional de Psicologia de Mato Grosso do Sul - CRP/MS. Enquanto que as escalas SRQ-20 e SF-36 são utilizadas por profissionais de diferentes áreas e podem ser acessados facilmente.

O tamanho da amostra que havia sido, previamente, definida para o estudo (N=90) não pôde ser atingido em decorrência de algumas contingências presentes nas instituições, especialmente, de Ponta Porã/MS e Campo Grande/MS.

Em Ponta Porã/MS no período da coleta de dados o número de pacientes frequentes na instituição estava reduzido, segundo informações dos profissionais, como mencionado anteriormente, tal fato é decorrente da localização da instituição, distante da área central, quando a mesma era localizada no centro da cidade o número de pacientes atendidos diariamente era expressivo. Diante dessa contingência, em busca de coletar dados com um número maior de usuários de drogas em Ponta Porã/MS e a partir do convite dos profissionais, optou-se por ir até o ponto de atendimento do Consultório na Rua no período noturno, localizado na região central e na linha de fronteira com o Paraguai, onde foi observada a presença significativa de usuários de drogas em situação de rua. O Consultório na Rua é uma política de saúde pública que visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde que podem ocorrer *in loco*, de forma itinerante e/ou ações compartilhadas com a rede de saúde (BRASIL, 2011). Assim, foram realizadas algumas tentativas de entrevistas e coleta de dados, entretanto, não foi possível finalizá-las e nem considerá-las no estudo, pois esses participantes se encontravam sob o efeito de drogas, e ainda, o ambiente para a coleta não era o mais adequado, com muitas interferências externas, o que tornou esta tentativa inviável, mas a experiência foi válida.

Em Campo Grande/MS, diferente da situação encontrada no município de Ponta Porã/MS, o número de pacientes atendidos diariamente era bastante expressivo, havia uma grande concentração de pacientes que participavam apenas dos grupos operativos (eram realizados de dois a três grupos simultaneamente e os pacientes eram divididos) e das consultas médicas (clínicas e psiquiátricas), que após serem finalizados deixavam a instituição, não permanecendo em período integral. Diante essa situação e com apenas uma aplicadora para a alta demanda, muitos contatos foram impossibilitados e/ou perdidos. Houve uma tentativa de convite coletivo com a ajuda de uma profissional da instituição, para participação na pesquisa, no último dia de permanência da aplicadora na instituição, durante a realização de uma assembléia, entretanto, muitos se recusaram.

Assim, o estudo foi realizado com a participação total de 74 participantes. Dos 88 pacientes abordados, foram excluídos da pesquisa 14 participantes no total, por não atenderem aos critérios de inclusão, ou seja, eram pacientes alcoolistas e/ou apresentavam Transtornos Mentais Graves e severos prejuízos cognitivos. E ainda, nos casos dos usuários que estavam sendo atendidos pelo Consultório na Rua em Ponta Porã/MS, o fato de estar sob o efeito de drogas a ponto de não conseguir se concentrar e em um ambiente inadequado para a coleta de dados com inúmeras interferências externas.

Embora, não fosse objeto de pesquisa é importante mencionar que cada uma das instituições coparticipantes apresenta uma dinâmica própria, por mais que há diretrizes do Ministério da Saúde que direcionam o funcionamento e atendimento nos CAPS's, cada local tem sua especificidade, seja por questões regiões, arquitetônicas, administrativas, relações entre funcionários, entre outros aspectos. O que exigiu da pesquisadora uma adaptação e uma adequação no protocolo da coleta de dados, a fim de garantir uma padronização na pesquisa, ou seja, para que as condições de coleta de dados fossem as mais próximas possíveis entre as diferentes instituições e alcançar resultados mais fidedignos.

De posse dos resultados foi realizada a análise estatística dos mesmos, levando em consideração a constituição da amostra: três amostras independentes, submetidas a variáveis/condições diferentes e número pequeno de participantes.

2.5.1 Análise de dados

Em relação à análise estatística utilizada neste estudo, primeiramente, as características sociodemográficas e as respostas dadas pelos participantes aos instrumentos aplicados na pesquisa foram levantadas e tabuladas em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel*.

A estatística descritiva foi empregada para caracterizar a amostra pesquisada quanto às características sociodemográficas, ao uso de drogas, ao tratamento e a percepção da fronteira, envolvendo frequências, porcentagens, médias e desvio padrão. Em relação aos escores dos indicadores psicológicos e de qualidade de vida dos pacientes, foi realizada uma análise quantitativa.

Para o delineamento correlacional dos dados da pesquisa utilizou-se do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* para realizar um comparativo entre os níveis dos indicadores de saúde mental e de qualidade de vida dos grupos das amostras independentes e, assim, estimar as diferenças presentes nos grupos e averiguar se a condição fronteira produz efeitos significativos sobre tais indicadores. Tal procedimento tem como objetivo comparar variáveis de três ou mais grupos de amostras independentes que não apresentam distribuição normal da população, ou seja, amostras que apresentam um número pequeno de participantes e os grupos são constituídos por números desiguais, e investigar possíveis diferenças entre eles, levando em consideração a diferença de médias entre os grupos, o desvio padrão e o número de observações de cada grupo, associando-os a uma probabilidade “*p*” que indica o quanto os resultados podem ou não ser verificados por acaso. Assim, o teste *Kruskal-Wallis* informa se

existe algum grupo com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) dos demais (DANCEY; REIDY, 2006; RUEDA; ZANON, 2016). Sendo adotado para este estudo o nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

A fim de se conseguir a objetivação da análise estatística de comparação entre os dados, foi necessário, encontrar a média dos escores para o indicador psicológico de *stress* (ISSL) que são separados em três quadros. E no caso do indicador psicológico de qualidade de vida (SF-36) que é separado por oito domínios, optou-se pela comparação de cada um dos domínios separadamente entre as três amostras. Já os outros instrumentos (BDI, BAI e SRQ-20) apresentam um escore total cada, os quais foram utilizados para a análise estatística.

Essa análise correlacional foi conduzida no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 19.0.

A análise qualitativa também foi empregada na interpretação dos resultados encontrados para explorar as possibilidades de leitura do fenômeno estudado, especialmente, para tratar a dimensão simbólica de fronteira, a forma como o usuário de drogas percebe, representa e vivencia esse território.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir dos instrumentos utilizados articulando-os com outros estudos encontrados. Tem-se como principal delineamento a pesquisa empírica a partir da descrição numérica para interpretação dos dados, no entanto, uma leitura qualitativa também se fez presente, como uma forma complementar a interpretação dos resultados obtidos.

3.1 Análise descritiva: caracterização da amostra

A caracterização da amostra foi realizada com base na coleta de dados sociodemográficos, relativos ao uso de drogas, ao tratamento e a percepção da fronteira. Esta foi constituída por três grupos de amostras independentes, como descrito na metodologia acima, e suas respostas foram agrupadas de maneira que fosse possível estabelecer uma comparação entre as mesmas.

Nesse sentido, os dados sociodemográficos das amostras dos três grupos são apresentados na Tabela 1, onde é possível observar as similaridades e diferenças entre elas. As três amostras são compostas de participantes, predominantemente, do sexo masculino (90,6%, 89,5% e 87% respectivamente), solteiros (71,9%, 68,4% e 78,3% respectivamente), com Ensino Fundamental Incompleto (56,3%, 57,9% e 39,1% respectivamente) e residindo com seus familiares (59,4%, 52,6% e 34,8% respectivamente).

Tabela 1. Características sociodemográficas das amostras.

| Características | | Grupo 1 | | Grupo 2 | | Grupo 3 | |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|
| | | Corumbá/MS | | Ponta Porã/MS | | Campo Grande/MS | |
| | | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | Fem | 3 | 9,4 | 2 | 10,5 | 3 | 13,0 |
| | Masc | 29 | 90,6 | 17 | 89,5 | 20 | 87,0 |
| Estado Civil | Solteiro | 23 | 71,9 | 13 | 68,4 | 18 | 78,3 |
| | Casado/Amasiado | 6 | 18,8 | 6 | 31,6 | 1 | 4,3 |
| | Divorciado/Separado | 3 | 9,4 | 0 | 0,0 | 3 | 13,0 |
| | Viúvo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,3 |
| Naturalidade | Corumbá/MS | 24 | 75,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,3 |
| | Ponta Porã/MS | 0 | 0,0 | 9 | 47,4 | 1 | 4,3 |
| | Campo Grande/MS | 1 | 3,1 | 0 | 0,0 | 5 | 21,7 |
| | Outras/MS | 1 | 3,1 | 3 | 15,8 | 6 | 26,1 |
| | Outras/Fora MS | 6 | 18,8 | 5 | 26,3 | 10 | 43,5 |
| | Outras/Fora BR | 0 | 0,0 | 2 | 10,5 | 0 | 0 |
| Escolaridade | Ens. Fund. Inc. | 18 | 56,3 | 11 | 57,9 | 9 | 39,1 |
| | Ens. Fund. Comp. | 4 | 12,5 | 1 | 5,3 | 3 | 13,0 |
| | Ens. Médio Inc. | 3 | 9,4 | 2 | 10,5 | 5 | 21,7 |
| | Ens. Médio Comp. | 6 | 18,8 | 5 | 26,3 | 4 | 17,4 |
| | Ens. Sup. Inc. | 1 | 3,1 | 0 | 0,0 | 2 | 8,7 |
| | Ens. Sup. Comp. | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Trabalho | Sim (formal ou informal) | 7 | 21,9 | 9 | 47,4 | 4 | 17,4 |
| | Não | 22 | 68,8 | 8 | 42,1 | 14 | 60,9 |
| | Afastado ou beneficiário do INSS | 3 | 9,4 | 0 | 0,0 | 4 | 17,4 |
| | Aposentado | 0 | 0,0 | 2 | 10,5 | 1 | 4,3 |
| Religião | Católico | 15 | 46,9 | 7 | 36,8 | 3 | 13,0 |
| | Evangélico | 7 | 21,9 | 4 | 21,1 | 9 | 39,1 |
| | Outras | 4 | 12,5 | 2 | 10,5 | 2 | 8,7 |
| | Não tem | 6 | 18,8 | 6 | 31,6 | 9 | 39,1 |
| Filhos | Sim | 25 | 78,1 | 8 | 42,1 | 15 | 65,2 |
| | Não | 7 | 21,9 | 11 | 57,9 | 8 | 34,8 |
| Moradia | Familiares | 19 | 59,4 | 10 | 52,6 | 8 | 34,8 |
| | Amigos | 1 | 3,1 | 2 | 10,5 | 0 | 0,0 |
| | Sozinho | 7 | 21,9 | 3 | 15,8 | 5 | 21,7 |
| | Instituição | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 26,1 |
| | Em situação de rua | 5 | 15,6 | 4 | 21,1 | 4 | 17,4 |
| Faixa etária (Idade) | 18 — 25 | 4 | 12,5 | 2 | 10,5 | 0 | 0,0 |
| | 25 — 32 | 6 | 18,8 | 12 | 63,2 | 6 | 26,1 |
| | 32 — 39 | 4 | 12,5 | 3 | 15,8 | 7 | 30,4 |
| | 39 — 46 | 8 | 25,0 | 0 | 0,0 | 5 | 21,7 |
| | 46 — 53 | 6 | 18,8 | 1 | 5,3 | 2 | 8,7 |
| | 53 — 60 | 2 | 6,3 | 1 | 5,3 | 3 | 13,0 |
| | 60 — 67 | 2 | 6,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| TOTAL | | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |
| Idade | | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. |
| | | 38,7 | 12,3 | 30,6 | 8,9 | 39 | 9,1 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Tais dados são semelhantes a outros estudos que apontam a predominância do sexo masculino entre os pacientes que buscam tratamento para a dependência química, mostrando a

dificuldade das mulheres de procurarem ajuda (MONTEIRO et al., 2011; PASSOS; CAMACHO, 1998). O estudo realizado por Costa et al. (2004) na cidade de Pelotas/RS mostra a prevalência do consumo abusivo de álcool entre os homens (29,2%) em relação às mulheres (3,7%). Segundo, Alves e Kossobudzky (2002), essa diferença entre os sexos no consumo de drogas pode ser explicada pelo controle social, onde os papéis femininos e masculinos são definidos socialmente, a partir de grupos culturais, que estabelecem limite de comportamento dentro desses papéis sexuais definidos, assim, a sociedade acaba favorecendo o consumo de drogas no sexo masculino.

A predominância de usuários de drogas solteiros é constatada por diferentes autores (FIGLIE et al., 2004; PRATTA; SANTOS, 2009; SILVA et al., 2010), pois essa população apresenta dificuldades em manter relacionamentos e brigas familiares constantes, uma vez que esses indivíduos reduzem as atividades que envolvem a família e adotam um pensamento egoísta justamente em favor do uso da droga. Logo, o uso abusivo de drogas traz prejuízos aos relacionamentos familiares e na interação do indivíduo com sua família.

A baixa escolaridade presente entre os dependentes químicos já vem sendo estudada e tratada na literatura como um dos problemas acarretados, na maioria das vezes, pelo próprio uso de drogas, pois muitos indivíduos começam a consumir a droga precocemente e, acabam abandonando a escola, pois perdem o interesse pela vida escolar e também pelos prejuízos cognitivos acarretados pelo uso frequente da droga, como: baixo desempenho escolar e dificuldades de aprendizagem (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; SANCHEZ; NAPPO, 2002; SCHENKER; MINAYO, 2005).

E quanto ao fato dos usuários residirem com algum familiar, dependendo da forma que se dá essa relação, pode ser algo bastante positivo, pois a família tem um importante papel na adesão deste indivíduo no tratamento e no auxílio às mudanças de comportamento para o desenvolvimento de um estilo mais saudável, o que favorece a recuperação (MONTEIRO et al., 2011; PRATTA; SANTOS, 2009). No entanto, os problemas familiares como a desconfiança, as desavenças e a falta de credibilidade em relação ao membro dependente químico são fatores que favorecem a recaída (BÜCHELE; MARCATTI; RABELO, 2004).

E ainda, de acordo com a Tabela 1, no primeiro grupo, 75% dos participantes são naturais de Corumbá/MS, 25% tem entre 39 e 45 anos, 18,8% tem entre 25 e 31 anos, seguidos por 18,8% que tem entre 46 e 52 anos, a idade média é de 38,7 (D.P.=12,3), sendo a idade mínima encontrada de 18 anos e a máxima 64 anos e 68,8% encontram-se, no momento, sem exercer qualquer tipo de trabalho seja ele formal ou informal. Em relação à religião, 46,9% se autodenominaram católicos e 21,9% evangélicos, 78,1% tem filhos e, apesar da

maioria residir com algum familiar (59,4%), há aqueles que residem sozinhos (21,9%), seguidos pelos que se encontram em situação de rua (15,6%).

No segundo grupo, 47,4% dos participantes são naturais de Ponta Porã/MS, mas também encontrou-se participantes paraguaios (10,5%), 63,2% tem entre 25 e 31 anos, a idade média é de 30,6 (D.P.=8,9), a amostra mais jovem quando comparada com as outras, sendo a idade mínima encontrada de 20 anos e a máxima 57 anos. Quanto ao trabalho, 47,4% disseram que exercem alguma atividade laboral seja ela formal ou informal, seguidos por 41,1% que encontram-se sem nenhum trabalho, diferente das outras amostras onde predominaram o número de participantes sem exercer, no momento, qualquer atividade laboral. Em relação à religião, 36,8% se autodenominaram católicos, enquanto que 31,6% se autodenominaram sem religião, 57,9% não têm filhos, outro dado que se diferencia das outras amostras e, apesar da maioria residir com algum familiar (52,6%), 21,1% encontram-se em situação de rua, o maior percentual encontrado entre os três grupos.

E no terceiro grupo, tem-se uma amostra constituída por 43,5% de participantes naturais de diferentes cidades do país, diferente das amostras fronteiriças (Grupos 1 e 2) que são participantes naturais do próprio município da pesquisa, sendo apenas 21,7% naturais de Campo Grande/MS. A faixa etária encontrada está entre 32 e 38 anos (30,4%), seguida por aqueles que se têm entre 25 e 31 anos (26,1%), a idade média é de 39 (D.P.=9,1), sendo a idade mínima 25 anos e a máxima 57 anos e 60,9% encontram-se sem exercer qualquer tipo de trabalho seja ele formal ou informal, percentual que se aproxima da amostra do Grupo 1. Em relação à religião, 39,1% se autodenominaram evangélicos e igualmente, 39,1% se autodenominaram sem religião, 65,2% tem filhos e, apesar da maioria, assim como nas outras amostras, residir com algum familiar (34,8%), tem-se um número representativo de indivíduos que residem em instituições da prefeitura de Campo Grande por meio da Assistência Social e da Saúde (26,1%) e 17,4% encontram-se em situação de rua.

Em relação à religião, um número significativo de participantes se autodenominaram pertencentes a alguma religião (católica, evangélica e outras), sendo que, os que se consideram evangélicos se destacaram apenas na amostra não fronteiriça – 39,1% (Grupo 3), apesar de alguns estudos mostrarem que os evangélicos fazem menos uso de drogas quando comparados aos católicos, constituindo o grupo menos predominante em tratamento, pois na religião protestante há uma condenação mais clara e explícita ao uso de drogas, principalmente o álcool (MONTEIRO et al., 2011; SILVA et al., 2006).

No que diz respeito à situação profissional, os três grupos pesquisados apresentam um número representativo de usuários que se encontravam desempregados ou sem exercer

alguma atividade laboral na data da coleta de dados, o que demonstra que o consumo de drogas acarreta prejuízos no funcionamento ocupacional e social dos indivíduos, resultando em faltas, ausências e não produtividade no trabalho, o que resulta na perda de oportunidades na área profissional (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; MONTEIRO et al., 2011). O estudo realizado por Costa (2001) com pacientes em tratamento em uma comunidade terapêutica da cidade de Londrina/PR aponta que 75% da amostra pesquisada encontravam-se desempregados quando iniciaram o tratamento. Segundo a autora, a questão do desemprego é apontada como um dos fatores de exclusão quando o indivíduo se torna dependente químico, pois os efeitos físicos e psicológicos advindos do uso das drogas se manifestam socialmente, atingindo não só o ambiente familiar, mas também o trabalho, determinando a perda do emprego e a dificuldade de ingressar em outras atividades profissionais.

Quanto aos usuários em situação de rua, também se observa um percentual importante a ser considerado. Mencionam-se aqui tanto aqueles que têm a residência de algum familiar para morar, mas em decorrência do uso abusivo de drogas escolhe-se estar em situação de rua, quanto, aqueles que não têm nenhuma moradia e pernoitam por praças, prédios abandonados, cemitérios, entre outros lugares. Dentre esses indivíduos que se encontram em situação, há aqueles que buscam apoio em abrigos ou albergues e em instituição governamentais destinadas a atender essa demanda, fato observado com destaque no município de Campo Grande/MS. De acordo com pesquisas realizadas por Fortini e Souza (2009); Mendes e Filler (2014) o viver na rua surge como consequência do uso abusivo de álcool e drogas, pois esse comportamento leva à fragilidade nos laços familiares e sociais e a perda de bons empregos, restando-lhes como recurso de sobrevivência e moradia à rua, lugar visto como possibilidade de ser livre em relação ao uso das substâncias, sem grandes responsabilidades e cobranças, amizades fáceis derivadas do uso e o não enfrentamento das dificuldades da vida que sempre lhes frustram.

E no que se refere à naturalidade dos usuários que residem nos três municípios pesquisados, há predominância de naturais dos próprios municípios no caso das cidades fronteiriças e de naturais de diferentes localidades na capital do estado. Entende-se que a presença de moradores de diferentes naturalidades nas capitais brasileiras ocorre por diferentes motivos, seja pelas suas necessidades e condições de vida, seja pelo desejo de ascensão profissional e intelectual. Essa transição urbana baseia-se na possibilidade de melhorar de vida com as oportunidades laborais, educacionais, culturais e de infraestrutura. Por sua vez, as cidades do interior do país, como é o caso das cidades fronteiriças pesquisadas, não são muito atraentes para as pessoas de outras localidades por serem vistas

como cidades pouco desenvolvidas e sem muitos recursos para seus habitantes, predominando os moradores locais, os quais estabelecem amplas interações marcadas pelos acontecimentos corriqueiros do dia-a-dia.

No que diz respeito ao uso de drogas e ao tratamento (Tabela 2), as amostras demonstraram algumas especificidades em relação à droga de uso predominante de acordo com a localidade do município, na fronteira com a Bolívia (Grupo 1) predominou a pasta base de cocaína; na fronteira com o Paraguai (Grupo 2) a maconha e o crack, já fora da região de fronteira (Grupo 3) predominou o uso de múltiplas drogas (maconha, cocaína e pasta base).

No entanto, as três amostras são constituídas, em sua maioria, por usuários cruzados (65,6%, 73,7% e 73,9% respectivamente), que já fizeram outros tratamentos anteriores em instituições governamentais e/ou não governamentais (53,1%, 63,2% e 52,2% respectivamente) e que no momento estão em tratamento ambulatorial de forma espontânea (84,4%, 73,7% e 53,3% respectivamente). No Grupo 1, 66,7% fazem o uso concomitante de álcool e pasta base, no Grupo 2, 64,3% usam álcool e múltiplas drogas, da mesma forma que no Grupo 3, 47,1% usam álcool e múltiplas drogas, seguidos também por 47,1% que usam álcool e pasta base.

Há também aqueles que fazem o uso apenas de drogas ilícitas, no Grupo 1 tem 34,4 % da amostra, sendo que desses 90,9% são usuários de pasta base, no Grupo 2 tem 26,3%, sendo 40% usuários de maconha e 40% usuários de crack e o Grupo 3 tem 26,1% da amostra, sendo 66,7% usuários de múltiplas drogas ilícitas.

Tabela 2. Caracterização das amostras em relação ao uso de drogas e ao tratamento.

| Características | | Grupo 1 Corumbá/MS | | Grupo 2 Ponta Porã/MS | | Grupo 3 Campo Grande/MS | |
|---|---------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| Dependência | Drogas | 11 | 34,4 | 5 | 26,3 | 6 | 26,1 |
| | Cruzado | 21 | 65,6 | 14 | 73,7 | 17 | 73,9 |
| TOTAL | | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |
| Dependência - Drogas | Maconha | 1 | 9,1 | 2 | 40,0 | 0 | 0 |
| | Cocaína | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 |
| | Pasta Base | 10 | 90,9 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| | Crack | 0 | 0,0 | 2 | 40,0 | 1 | 16,7 |
| | Múltiplas drogas | 0 | 0,0 | 1 | 20,0 | 4 | 66,7 |
| TOTAL | | 11 | 100,0 | 5 | 100,0 | 6 | 100,0 |
| Dependência - Cruzado | Álcool e Maconha | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 1 | 5,9 |
| | Álcool e Cocaína | 4 | 19,0 | 1 | 7,1 | 0 | 0,0 |
| | Álcool e Pasta Base | 14 | 66,7 | 0 | 0,0 | 8 | 47,1 |
| | Álcool e Crack | 0 | 0,0 | 3 | 21,4 | 0 | 0,0 |
| | Álcool e Múltiplas drogas | 3 | 14,3 | 9 | 64,3 | 8 | 47,1 |
| | TOTAL | | 21 | 100,0 | 14 | 100,0 | 17 |
| Substância que iniciou o uso | Álcool | 10 | 31,3 | 8 | 42,1 | 9 | 39,1 |
| | Maconha | 4 | 12,5 | 9 | 47,4 | 11 | 47,8 |
| | Cocaína | 5 | 15,6 | 1 | 5,3 | 0 | 0,0 |
| | Pasta Base | 9 | 28,1 | 0 | 0,0 | 2 | 8,7 |
| | Crack | 1 | 3,1 | 0 | 0,0 | 1 | 4,3 |
| | Cola de Sapateiro | 3 | 9,4 | 1 | 5,3 | 0 | 0,0 |
| Familiar usuário de drogas | Sim | 22 | 68,8 | 8 | 42,1 | 15 | 65,2 |
| | Não | 10 | 31,3 | 11 | 57,9 | 8 | 34,8 |
| Procura pelo tratamento | Espontânea | 27 | 84,4 | 14 | 73,7 | 12 | 52,2 |
| | Solicitação da família | 1 | 3,1 | 1 | 5,3 | 3 | 13,0 |
| | Encaminhamentos | 4 | 12,5 | 4 | 21,1 | 8 | 34,8 |
| Tratamento anterior | Sim | 17 | 53,1 | 12 | 63,2 | 19 | 82,6 |
| | Não | 15 | 46,9 | 7 | 36,8 | 4 | 17,4 |
| Faixa etária (idade) Início do uso de drogas | 08 — 14 | 10 | 31,3 | 11 | 57,9 | 5 | 21,7 |
| | 14 — 20 | 15 | 46,9 | 6 | 31,6 | 14 | 60,9 |
| | 20 — 26 | 4 | 12,5 | 1 | 5,3 | 3 | 13,0 |
| | 26 — 32 | 1 | 3,1 | 1 | 5,3 | 1 | 4,3 |
| | 32 — 38 | 1 | 3,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | 38 — 44 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| | 44 — 50 | 1 | 3,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| TOTAL | | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |
| Idade que iniciou o uso | | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. |
| | | 17,7 | 7,7 | 13,5 | 4,6 | 15,9 | 4 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Essa especificidade em relação à droga de uso predominante nos municípios pesquisados pode ser entendida, no caso de Corumbá, pelo fato do município fazer fronteira com a Bolívia, um dos países que concentra grandes plantações de coca, tendo laboratórios de refino de pasta base de coca, o que possibilita uma grande produção dessa droga e a

comercialização com preços baixos (MACHADO, 1996). Já Ponta Porã faz fronteira com um dos maiores produtores de maconha, o Paraguai, o que facilita o acesso e aquisição (OLIVEIRA, M., 2011). Por sua vez, Campo Grande, município que não faz fronteira recebe as diferentes drogas produzidas em diferentes localidades, o que não significa que os outros municípios também não recebam drogas de outras localidades, porém estar próximo ao produtor facilita o acesso.

A pesquisa também aponta a diferença entre a iniciativa própria do dependente em buscar o tratamento espontaneamente em relação àqueles que foram encaminhados por familiares, amigos ou por diferentes instituições governamentais, incluindo o poder judiciário. Por mais que os pacientes encaminhados ao tratamento não constituem o percentual mais alto quando comparado com aqueles que buscaram o tratamento espontaneamente, é importante destacar que a falta de iniciativa é um fator que impede, muitas vezes, a continuidade do indivíduo no tratamento, pois se o paciente estiver com vontade de enfrentar o seu problema, a sua doença, maior será a resolutividade desta (MONTEIRO et al., 2011). Assim, essa espontaneidade na busca pelo tratamento é um aspecto bastante positivo.

E ainda, há predominância de participantes nas três amostras que já fizeram outros tratamentos contra a dependência química em outras instituições, tanto governamentais como não governamentais. Essa rotatividade devido à dificuldade de muitos dependentes aderirem e dar continuidade aos tratamentos, também foi constatada no estudo realizado por Pelisoli e Moreira (2005) em um município do estado do Rio Grande do Sul com pacientes de um serviço oferecido aos usuários de drogas, onde demonstrou que 53,5% dos pacientes não aderem ao tratamento e no estudo realizado por Monteiro et al. (2011) no CAPSad do município de Teresina/PI, que identificou que a maioria da amostra pesquisada não dá continuidade ao tratamento, pois esse percurso pode ser, para muitos pacientes, difícil de ser percorrido, além de existirem alguns obstáculos, como a recaída, pois muitos não conseguem lidar com essa situação e a dificuldade em abandonar o uso de drogas e/ou de álcool é maior do que o próprio desejo de parar. Assim, poucos conseguem dar continuidade ao tratamento. E nos CAPS's ad dos municípios onde essa pesquisa foi realizada, também foi possível verificar a partir da observação, durante o período de coleta de dados, que grande parte das pessoas que buscam tratamento não dá continuidade ao mesmo, o que torna um público bastante rotativo e um número de pacientes instável. Em relação a esse aspecto, Monteiro et al. (2011) traz uma importante contribuição:

Como o CAPSad trabalha com o retorno do usuário de forma diária, semanal e bimestralmente, essa metodologia, ao mesmo tempo em que proporciona o

tratamento sem isolar o paciente do contexto social, não impede de estar livre para o consumo das drogas, razão pela qual se deve reforçar a motivação para o tratamento, o que ressalta a importância da utilização de estratégias de prevenção de recaídas o mais precocemente possível e garantir maior adesão ao tratamento por um número cada vez maior de pessoas que procuram os CAPSad. (p. 94).

Prosseguindo com a Tabela 2, o Grupo 1 conta com 46,9% de indivíduos que iniciaram o uso de drogas (incluindo o álcool) na faixa etária entre os 14 e 19 anos de idade, onde a idade mínima encontrada foi de 9 anos e a máxima de 45 anos, a idade média é de 17,7 (D.P=7,7). Sendo que 31,3% iniciaram o uso de drogas com o álcool, seguidos por 28,1% que iniciaram com a pasta base. Quanto ao histórico familiar, 68,8% relataram que têm algum familiar usuário de álcool e/ou de drogas.

A maioria da amostra do Grupo 2 (57,9%) iniciaram o uso de drogas mais precocemente que os outros grupos, foi na faixa etária entre os 8 e 13 anos de idade, sendo a idade mínima de 8 anos e a máxima de 26 anos, a idade média é de 13,5 (D.P=4,6). 47,4% iniciaram o uso com a maconha e 42,1% com o álcool. Quanto ao histórico familiar, 57,9% relataram não ter familiar usuário de álcool e/ou drogas e 42,1% tem algum familiar usuário, diferente das outras amostras que predominaram a presença de algum familiar usuário de álcool e/ou drogas.

E o Grupo 3 tem 60,9% de indivíduos que iniciaram o uso de drogas na faixa etária entre os 14 e 19 anos de idade, da mesma forma que o Grupo 1, sendo a idade mínima de 10 anos e a máxima de 26 anos, a idade média é de 15,9 (D.P=4). Assim como, no Grupo 2, a maioria iniciaram o uso de drogas com a maconha (47,8%), seguidos pelo álcool (39,1%). Quanto ao histórico familiar, 65,2% tem algum membro da família usuário de álcool e/ou drogas, dado que se aproxima do Grupo 1.

Em relação ao início precoce do uso de drogas, a pesquisa realizada por Monteiro et al. (2011) com pacientes do CAPSad de Teresina/PI, mostra que os indivíduos estão iniciando cada vez mais precocemente o consumo de drogas e, esse início precoce, com o passar do tempo, agrava o prognóstico e, ainda compromete as funções psicossociais dos indivíduos e suas atividades diárias. Os autores Sanchez e Nappo (2002) também apontam em suas pesquisas a predominância do consumo de drogas no começo da adolescência, sendo oferecida por alguém próximo (amigos ou familiares) e aceita pelos indivíduos no intuito de se sentirem pertencentes ao grupo, além disso, destacam a questão das drogas que são consideradas “porta de entrada” para o uso abusivo. Na maioria das vezes, a primeira droga ofertada é lícita (álcool), mas a maconha também é frequentemente oferecida por outros adolescentes com a crença de que não é prejudicial à saúde, é uma droga “leve” e “natural”

que não “vicia” e seu uso é motivado pela curiosidade, dificilmente adolescentes experimentam outras drogas ilícitas sem antes experimentar a maconha.

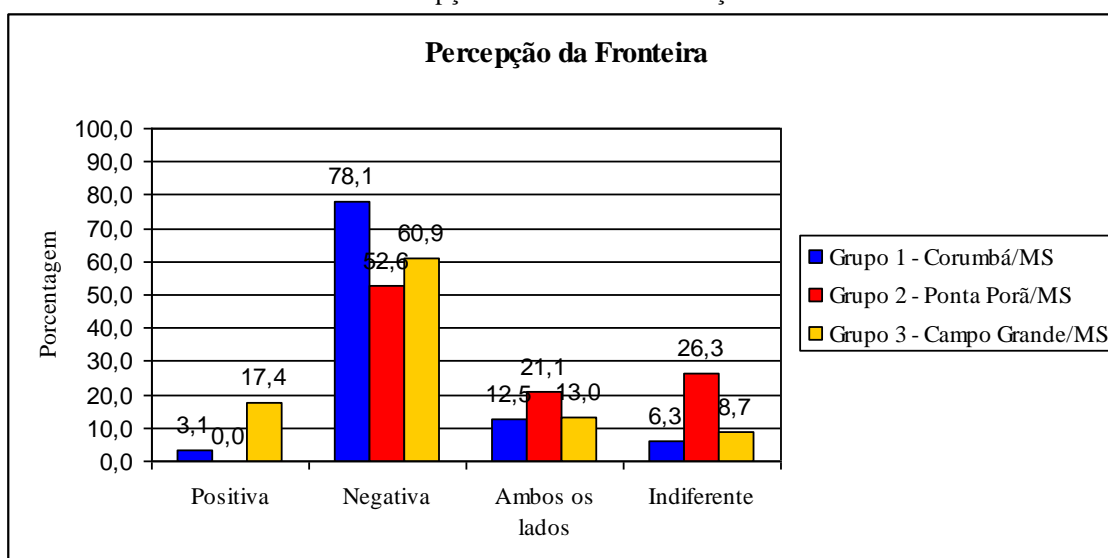
Coadunando com esses autores, Santos e Ganem (2012) descrevem que os dependentes químicos em sua maioria (90%) consideram que o consumo da bebida alcoólica foi “porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas, pois o uso de drogas lícitas normalmente antecede o uso de drogas ilícitas, devido à aceitação e aprovação da sociedade em relação ao álcool, fazendo-se presente nas diferentes comemorações com a falsa crença de que é inofensivo.

O uso de álcool e/ou de drogas por familiares de usuários é um importante fator a ser considerado na pesquisa, pois estudos vêm demonstrando a alta prevalência de história familiar de uso de drogas por familiares de dependentes químicos, o que permite demonstrar que fatores genéticos e/ou culturais podem estar envolvidos, pois podem modular a vulnerabilidade do indivíduo ao desenvolvimento das dependências ou adoção de um comportamento determinado diante das drogas, o que indica a necessidade de se dar importância a essas questões hereditárias e aos comportamentos aprendidos. Dessa forma, a família pode constituir um fator de risco, pois a parentalidade serve de modelo. Aproximadamente um em cada três dependentes de álcool apresenta uma história familiar de alcoolismo (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002; FIGLIE et al., 2004; SCHENKER; MINAYO, 2005; SILVA et al., 2009). Embora esses achados sejam importantes, não são suficientes e exclusivos para definir a influência do histórico familiar sobre quadros de dependências, havendo outros fatores de risco associados (ALVES; KOSSOBUDZKY, 2002).

Quanto à percepção das amostras em relação à fronteira, que se constituiu em uma questão aberta para que cada participante pudesse expor sua opinião em relação ao fenômeno fronteira, foi possível agrupar as respostas em quatro categorias: a) percepção positiva - atribuiu à fronteira aspectos positivos, como a interação cultural, o comércio, a oportunidade de emprego e estudos, o turismo; b) percepção negativa - atribuiu à fronteira aspectos negativos, como a facilidade de acesso e aquisição às drogas e as bebidas alcoólicas, o tráfico de drogas, a criminalidade, a violência, as ilegalidades e a pouca atuação do Estado; c) percepção de ambos os lados - atribuiu à fronteira aspectos positivos e negativos ao mesmo tempo; d) percepção indiferente - atribuiu à fronteira como um lugar como outro qualquer, sem singularidades e especificidades. Logo, observou-se a predominância de uma percepção negativa (Gráfico 1) tanto pelas amostras fronteiriças (Grupos 1 e 2), como pela amostra não fronteiriça (Grupo 3), além de um dado interessante, o índice mais elevado da percepção positiva da fronteira foi estabelecido pela amostra não fronteiriça.

No grupo 1, 78,1% da amostra atribuíram uma percepção negativa da fronteira, foi o mais expressivo entre as três amostras, 12,5% atribuíram uma percepção de ambos os lados, positiva e negativa ao mesmo tempo, 6,3% demonstraram-se indiferente com a região fronteira e 3,1% atribuíram aspectos positivos. No Grupo 2, 52,6% da amostra atribuíram uma percepção negativa da fronteira, 26,3% demonstraram-se indiferente com a região fronteira e 21,1% atribuíram uma percepção de ambos os lados, essas duas últimas categorias tiveram os índices mais expressivos quando comparada com as outras amostras e, nenhum participante atribuiu apenas aspectos positivos à fronteira. E no Grupo 3, 60,9% atribuíram aspectos negativos à fronteira, 17,4% atribuíram aspectos positivos, o mais expressivo entre as amostras, 13% consideraram aspectos positivos e negativos ao mesmo tempo e 8,7% se demonstraram indiferente à fronteira.

Gráfico 1. Percepção das amostras em relação à fronteira.



Fonte: Elaborado pela autora.

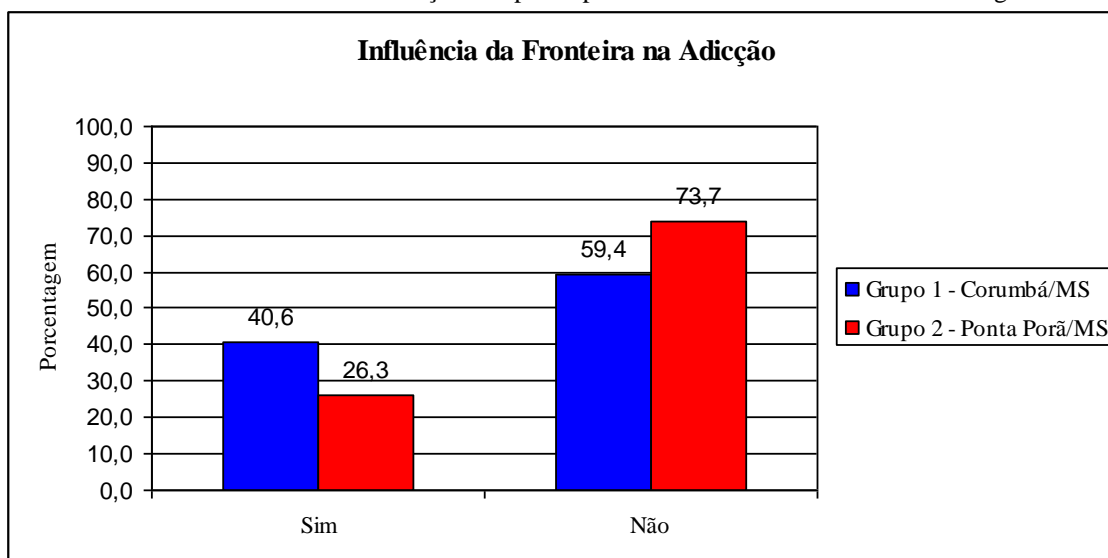
A expressiva manifestação da percepção negativa sobre a fronteira justifica-se em decorrência de ser vista com uma região periférica permeada de noções corriqueiras, como por exemplo, terra de ninguém, terra sem lei e sem ordem, lugar de disputas, guerras, limites, barreiras e zona perigosa por estar localizada, geralmente, longe dos principais centros decisórios, onde a maioria dos indivíduos pouco conhece o que acontece nesses territórios e se influenciam pelas reportagens e discursos televisivos, que apresentam concepções cristalizadas sobre as zonas fronteiriças e generalizam representações sobre os países vizinhos. Há uma centralidade na perspectiva de policiais, políticos, jornalistas e funcionários da Receita Federal de olhar a fronteira somente como caso de polícia e acabam por influenciar

a percepção de outros indivíduos sobre essas regiões. “Reduzem uma realidade de múltiplas melodias, ruídos, silêncios e imagens caleidoscópicas em ‘samba de uma nota só’(...)” (p. 25). Assim, quase todos os discursos têm um tom de denúncia, de criminalização e clamam por maior presença do Estado nas ações de controle (ALBUQUERQUE, 2013).

Considerando as amostras fronteiriças (Grupos 1 e 2), sobre a possível influência da fronteira no uso de drogas dos participantes (a fronteira enquanto fator de risco), uma vez que um número representativo de participantes atribuíram uma percepção negativa a essa região, como um lugar com facilidades de acesso e aquisição às drogas, foi possível observar (Gráfico 2) que apenas as variáveis fronteiriças não foram determinantes para o início do consumo de drogas entre os participantes.

No Grupo 1, 59,4% relataram que seu uso de drogas não sofreu a interferência das variáveis fronteiriças e no Grupo 2 foram 73,7% da amostra. Assim, existiram outros fatores relevantes para o processo de adicção, que foram mencionados pelos próprios participantes: a influência dos amigos, namorado e até mesmo do próprio familiar; a separação dos pais e conjugal; a própria curiosidade; a morte de algum familiar e problemas familiares.

Gráfico 2. Influência da fronteira na adicção dos participantes constituintes das amostras da região fronteira.



Fonte: Elaborado pela autora.

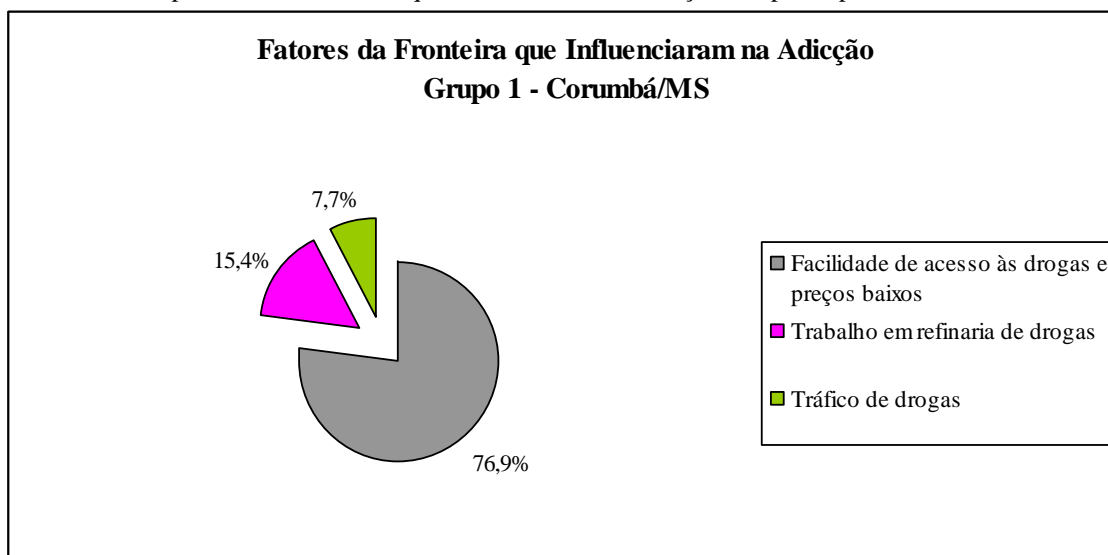
Nesse sentido, Sanchez e Nappo (2002); Santos e Ganem (2012) apontam a grande influência que familiares e amigos exercem sobre o primeiro consumo de drogas e comportamento dos indivíduos, pois estes são estimulados a seguir os padrões dos grupos aos quais estão inseridos pela importância que representam em suas vidas, especialmente enquanto crianças e adolescentes, o que pode desencadear a curiosidade. Além disso, os

jovens sentem a necessidade de serem aceitos, não querem decepcionar as pessoas que amam, desejam fazer parte do grupo e querem receber o respeito do outro. Tais autores também destacam os problemas familiares e as diferentes situações estressoras como fator motivacional para o uso de drogas.

De acordo com Pratta e Santos (2009); Migott (2007) o fenômeno da dependência química é complexo e multifatorial que envolve questões orgânicas e psicológicas, aspectos sociais, econômicos e culturais. Assim, muitas variáveis atuam simultaneamente de maneira complexa na etiologia desse transtorno.

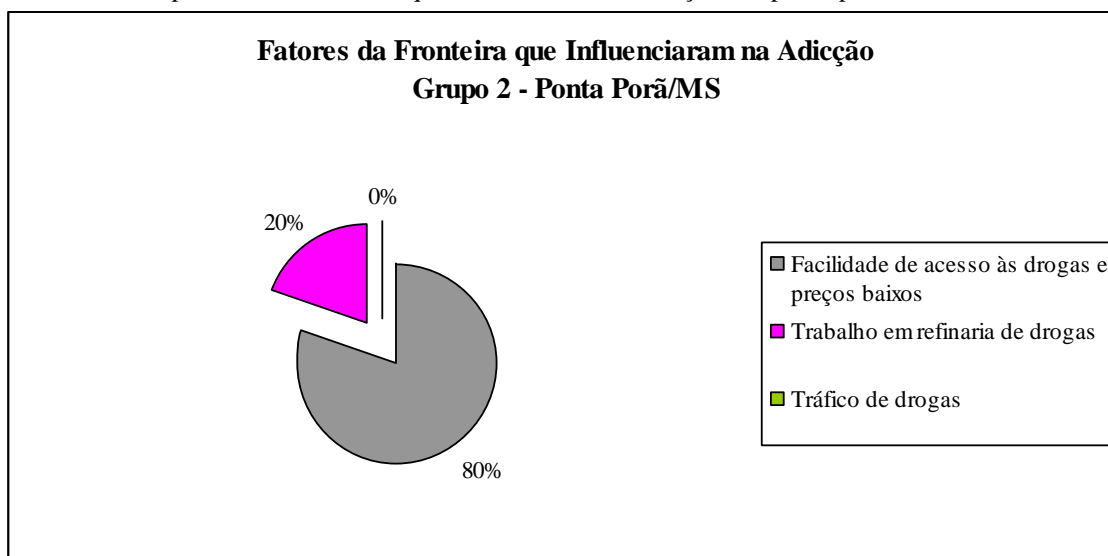
Para aqueles que afirmaram que a fronteira teve influência no início do uso de drogas, no Grupo 1 foram 40,6% e no Grupo 2, 26,3% (Gráfico 2), os fatores apontados por eles são apresentados nas Gráficos 3 e 4. No Grupo 1, 76,9% consideraram como fator de influência na adicção a facilidade de acesso às drogas e os preços baixos, 15,4% referiram o fato de terem trabalhado em refinarias de drogas na Bolívia e 7,7% atribuíram à participação no tráfico de drogas (Gráfico 3). No Grupo 2, 80% consideraram a facilidade de acesso às drogas e os preços baixos e 20% ao trabalho realizado em refinarias de drogas no Paraguai e nenhum participante atribuiu ao tráfico de drogas (Gráfico 4).

Gráfico 3. Fatores presentes na fronteira que influenciaram na adicção dos participantes da amostra do Grupo 1.



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 4. Fatores presentes na fronteira que influenciaram na adicção dos participantes da amostra do Grupo 2.



Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à questão da fronteira ser vista ou tida como facilitadora do uso de drogas, Oliveira e Costa (2012e), Oliveira (2013f) apontam que isso ocorre devido à proximidade com produtores de drogas, a facilidade de conseguir o produto e os menores preços. Por essas características, Gemelli (2013) afirma que a região de fronteira se configura como porta de entrada das drogas ilícitas que se efetua a partir das emaranhadas relações sociais que se formam envolvendo diferentes atores e se articulando sob diferentes pontos do espaço geográfico. O que também potencializa a criação de redes internas de distribuição da droga (OLIVEIRA; COSTA, 2012e).

No que se refere aos indicadores de saúde mental avaliados, por meio dos instrumentos psicológicos utilizados, pode-se observar, primeiramente, na Tabela 3, a partir do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) - instrumento utilizado para identificar a presença de *stress* no indivíduo, a fase em que este se encontra e o tipo de sintoma predominante – que as amostras dos três grupos apresentaram escores semelhantes, houve um número expressivo de indivíduos com sintomas significativos⁹ de *stress* prevalecendo a fase de Resistência com sintomas psicológicos predominantes. Nesta fase “a

⁹ Sintomas significativos são sintomas que produzem alterações importantes nas diferentes áreas da vida do indivíduo, afetando a manutenção ou controle emocional, a vida produtiva, social e aspectos da saúde em geral, podendo desencadear algum tipo de transtorno mental sendo necessário a realização de tratamento. Segundo o DSM-V (2014, p. 20), “um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacente ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes”.

peessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna” sendo que “se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa” e esta evolui para a fase de quase-exaustão ou exaustão. Fases em que já pode ocorrer o aparecimento de doenças graves como úlcera e depressão (LIPP, 2005, p. 11).

No caso do Grupo 1, 81,3% da amostra apresentaram sintomas significativos de *stress*, enquanto que 18,8% não apresentaram indicadores significativos de *stress*, pois nenhum dos escores atingiu os limites determinados no manual para cada um dos quadros que constituem o Inventário. Dos 81,3% que apresentaram *stress*, 50% encontram-se na fase de Resistência, 18,8% na fase de Quase-exaustão, 9,4% na fase de Alerta e 3,1% na Exaustão, desses 57,7% apresentaram sintomas predominantes na área psicológica, 30,8% na área física e 11,5% em ambas as áreas.

Já no Grupo 2, 94,7% apresentaram sintomas significativos de *stress*, enquanto que 5,3% não apresentaram indicadores significativos de *stress*. Dos 94,7% que apresentaram *stress*, 63,2% encontram-se na fase de Resistência, 21,1% na fase de Alerta, 10,5% na fase de Quase-exaustão e nenhum indivíduo apresentou sintomas de *stress* na fase de Exaustão, desses 77,8% apresentaram sintomas predominantes na área psicológica, 16,7% na área física e 5,6% em ambas as áreas.

E no Grupo 3, 91,3% apresentaram sintomas significativos de *stress*, enquanto que 8,7% não apresentaram indicadores significativos de *stress*. Dos 91,3% que apresentaram *stress*, 56,5% encontram-se na fase de Resistência, 17,4% na fase de Quase-exaustão, 13% na fase de Alerta e 4,3% na fase de Exaustão, desses 53,4% apresentaram sintomas predominantes na área psicológica, 28,6% na área física e 19% em ambas as áreas.

Tabela 3. Resultados obtidos no ISSL referente aos sintomas de *stress* das amostras.

| Fase do <i>stress</i> | Grupo 1 | | Grupo 2 | | Grupo 3 | |
|---|------------|-------------|---------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Corumbá/MS | | Ponta Porã/MS | | Campo Grande/MS | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Sem indicadores de <i>stress</i> | 6 | 18,8 | 1 | 5,3 | 2 | 8,7 |
| Alerta | 3 | 9,4 | 4 | 21,1 | 3 | 13,0 |
| Resistência | 16 | 50,0 | 12 | 63,2 | 13 | 56,5 |
| Quase-exaustão | 6 | 18,8 | 2 | 10,5 | 4 | 17,4 |
| Exaustão | 1 | 3,1 | 0 | 0,0 | 1 | 4,3 |
| TOTAL | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |
| Sintomas significativos de <i>stress</i> | | | | | | |
| Presente | 26 | 81,3 | 18 | 94,7 | 21 | 91,3 |
| Ausente | 6 | 18,8 | 1 | 5,3 | 2 | 8,7 |
| TOTAL | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |
| Sintomas predominantes de <i>stress</i> | | | | | | |
| Físicos | 8 | 30,8 | 3 | 16,7 | 6 | 28,6 |
| Psicológicos | 15 | 57,7 | 14 | 77,8 | 11 | 52,4 |
| Físicos e Psicológicos | 3 | 11,5 | 1 | 5,6 | 4 | 19,0 |
| TOTAL | 26 | 100,0 | 18 | 100,0 | 21 | 100,0 |

Nota: ISSL= Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp.

Fonte: Elaborada pela autora.

Independente da fase do *stress* em que a pessoa se encontra é importante que ela desenvolva estratégias para lidar com os fatores de modo que não se inicie o processo de adoecimento físico e emocional. Nos casos de dependentes químicos é mais difícil que ele sozinho consiga desenvolver estratégias para lidar com os fatores estressantes sem o uso de álcool e/ou de drogas, o que coaduna com o estudo de Kessler et al. (2003) que demonstram que os eventos estressores durante a vida estão mais associados ao uso de drogas. Contudo, o tratamento pode se constituir em um fator contribuinte na ajuda ao dependente para lidar com esse fenômeno.

Em relação ao Inventário de Depressão Beck (BDI), instrumento utilizado para medir a intensidade da depressão, foi possível observar nas amostras pesquisadas (Tabela 4) um resultado heterogêneo. Os escores das amostras fronteiriças (Grupo 1 e 2) se aproximaram, enquanto a amostra não fronteiriça (Grupo 3) apresentou um escore diferenciado e expressivo de depressão. Nesse sentido, apenas o Grupo 3 apresentou um número expressivo de indivíduos (60,9%) com sintomas significativos de depressão, considerando o ponto de corte de 21 pontos ou mais, os outros 39,1% não apresentaram indicativo da existência de depressão clinicamente significativa. No que se refere aos níveis de depressão, sem considerar o ponto de corte, 60,9% encontram-se no nível moderado na intensidade da depressão, 21,7% no nível mínimo, 17,4% no nível leve e nenhum indivíduo apresentou nível grave na intensidade da depressão.

Já no Grupo 1, 65,6% da amostra não apresentaram sintomas significativos de depressão, enquanto que 34,4% apresentaram indicativo da existência de depressão

cl clinicamente significativa. No que se refere aos nívveis de depressão, 37,5% encontram-se no nívvel moderado na intensidade da depressão, 28,1% no nívvel mínimo, seguidos por 28,1% no nívvel leve e 6,3% no nívvel grave.

E no Grupo 2, da mesma forma que no Grupo 1, a maioria da amostra (68,4%) não apresentaram sintomas significativos de depressão, apenas 31,6% apresentaram depressão clinicamente significativa. No que se refere aos nívveis de depressão, 31,6% encontram-se no nívvel mínimo na intensidade da depressão, assim como 31,6% encontram-se no nívvel leve, 31,6% no nívvel moderado e 5,3% no nívvel grave.

Tabela 4. Resultados obtidos no BDI referente aos sintomas de depressão das amostras.

| Nívvel de depressão | Grupo 1 Corumbá/MS | | Grupo 2 Ponta Porã/MS | | Grupo 3 Campo Grande/MS | |
|---|-----------------------|-------------|--------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mínimo | 9 | 28,1 | 6 | 31,6 | 5 | 21,7 |
| Leve | 9 | 28,1 | 6 | 31,6 | 4 | 17,4 |
| Moderado | 12 | 37,5 | 6 | 31,6 | 14 | 60,9 |
| Grave | 2 | 6,3 | 1 | 5,3 | 0 | 0,0 |
| Sintomas significativos de depressão | | | | | | |
| Presente | 11 | 34,4 | 6 | 31,6 | 14 | 60,9 |
| Ausente | 21 | 65,6 | 13 | 68,4 | 9 | 39,1 |
| TOTAL | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |

Nota: BDI= Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory*).

Fonte: Elaborada pela autora.

Diferente do que foram obtidos nos resultados do BDI, no Inventário de Ansiedade Beck (BAI), o qual pretende medir a intensidade dos sintomas de ansiedade, os escores das amostras pesquisadas (Tabela 5) foram homogêneos. A maioria dos indivíduos dos três grupos não apresentaram indicativos da existência de ansiedade clinicamente significativa, considerando o ponto de corte de 21 pontos ou mais. Resultado que não descarta a possibilidade de tais sintomas estarem mascarados/ocultos pelo uso de medicações (benzodiazepínicos) que, em muitos casos, fazem parte do tratamento ambulatorial. Ademais, Laranjeira e Castro (1999) apontam que há uma grande probabilidade dos usuários de drogas em geral abusarem dos benzodiazepínicos pelo fato de usarem altas doses dessas medicações diariamente para o tratamento de estados ansiosos e alterações do sono. Estes indivíduos tendem a experimentar os efeitos farmacológicos (sedativos) como “reforçadores”, o que não ocorre com os indivíduos que não apresentam histórico de abuso de drogas. Entretanto, todos os mecanismos envolvidos nessa dependência cruzada ainda são desconhecidos.

No Grupo 1 constatou-se que 37,5% apresentaram sintomas significativos de ansiedade, enquanto que 62,5% não apresentaram ansiedade clinicamente significativa. No que se refere aos nívveis de ansiedade, sem considerar o ponto de corte, 37,5% encontram-se

no nível mínimo na intensidade da ansiedade, 21,9% no nível leve, seguidos por 21,9% no nível grave e 18,8% no nível moderado.

No Grupo 2 apresentaram sintomas significativos de ansiedade 21,1% da amostra, os outros 78,9% não apresentaram ansiedade clinicamente significativa. No que se refere aos níveis de ansiedade, 47,4% encontram-se no nível leve na intensidade da ansiedade, 31,6% no nível mínimo, 10,5% no nível moderado e 10,5% no nível grave.

E no Grupo 3, assim como nos outros grupos, os sintomas significativos de ansiedade esteve presente em menor porcentagem da amostra (34,8%), a maioria dos indivíduos (65,2%) não apresentaram ansiedade clinicamente significativa. No que se refere aos níveis de ansiedade, 43,5% encontram-se no nível leve na intensidade da ansiedade, 26,1% no nível moderado, 21,7% no nível leve e 8,7% no nível grave.

Tabela 5. Resultados obtidos no BAI referente aos sintomas de ansiedade das amostras.

| Nível de ansiedade | Grupo 1 Corumbá/MS | | Grupo 2 Ponta Porã/MS | | Grupo 3 Campo Grande/MS | |
|---|-----------------------|-------------|--------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mínimo | 12 | 37,5 | 6 | 31,6 | 5 | 21,7 |
| Leve | 7 | 21,9 | 9 | 47,4 | 10 | 43,5 |
| Moderado | 6 | 18,8 | 2 | 10,5 | 6 | 26,1 |
| Grave | 7 | 21,9 | 2 | 10,5 | 2 | 8,7 |
| Sintomas significativos de ansiedade | | | | | | |
| Presente | 12 | 37,5 | 4 | 21,1 | 8 | 34,8 |
| Ausente | 20 | 62,5 | 15 | 78,9 | 15 | 65,2 |
| TOTAL | 32 | 100,0 | 19 | 100,0 | 23 | 100,0 |

Nota: BAI= Inventário de Ansiedade Beck (*Beck Anxiety Inventory*).

Fonte: Elaborada pela autora.

A maioria dos participantes das três amostras não apresentaram sintomas significativos de depressão e de ansiedade, com exceção do grupo 3 em relação à depressão. No entanto, foram percentuais importantes e que precisam ser considerados, uma vez que estudos demonstram que as comorbidades mais frequentes nos usuários de drogas são os transtornos de humor e ansiosos, sendo que a ansiedade é uma das reações adversas mais presentes nesta população (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010; PULCHERIO et al., 2008) e como mencionado, os sintomas ansiosos podem estar ocultos pelo uso de medicações, e a depressão é o quadro patológico mais comum em alcoolistas e dependentes químicos (PEUKER et al., 2010). E ainda, o estudo realizado por Stella, Anselmo e Govone (2005) com usuários crônicos de substâncias psicoativas que faziam parte de dois serviços de atendimento psiquiátrico para dependentes químicos da cidade de Campinas/SP, encontrou, a partir da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), valores que se situam no nível de gravidade clínica importante, tanto em relação aos sintomas de ansiedade (17,5%), quanto aos de depressão

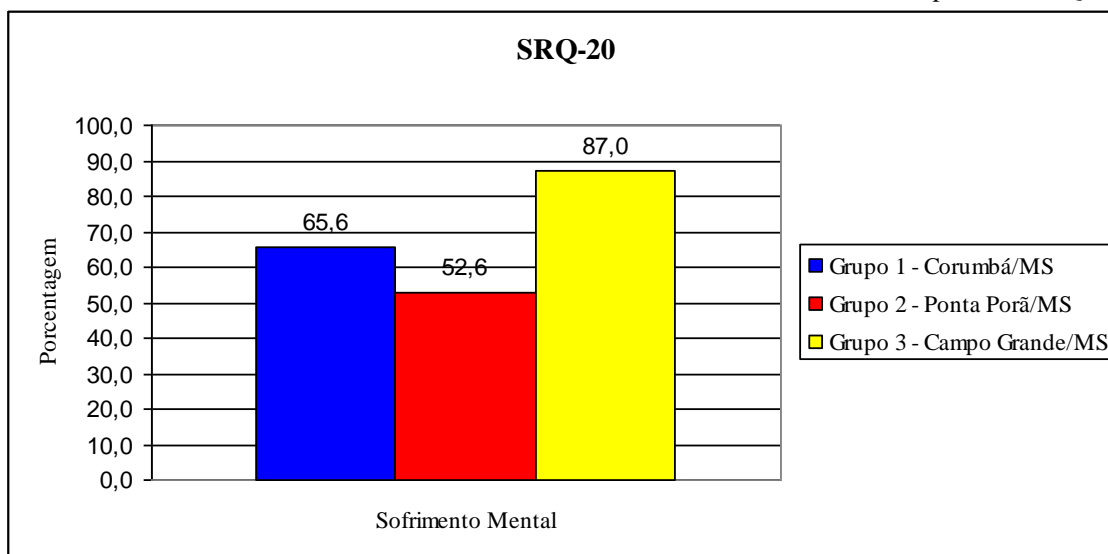
(14,5%), o que torna fenômenos psicopatológicos frequentes e intensos nessa população. O estudo de Silva et al. (2009) destaca a frequente associação entre dependência química e comorbidades psiquiátricas, bem como os sintomas de depressão e ansiedade que aparecem associados a estas patologias.

De acordo com o DSM-V (2014), o fato de alguns indivíduos não apresentarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser critério para limitá-los de ter acesso aos cuidados adequados, muitos demonstram a necessidade de tratamento.

No *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento utilizado para avaliar aspectos gerais da saúde mental do indivíduo, se este apresenta indicadores de Transtorno Mental Comum, pode-se observar (Gráfico 5) novamente uma aproximação entre os escores das amostras fronteiriças (Grupos 1 e 2) e um distanciamento, ainda que não seja muito expressivo, do escore da amostra não fronteiriça (Grupo 3). No entanto, os escores das amostras indicaram o mesmo sentido – a presença do Transtorno Mental Comum, o que condiz com as palavras de Pratta e Santos (2009) que relatam que os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam um intenso sofrimento não só físico, mas também psíquico, tendo sua vida mental afetada. E o estudo realizado por Stella, Anselmo e Govone (2005) que demonstrou a formação de um “complexo sofrimento mental” a partir da existência simultânea de sintomas depressivos, ansiosos, entre outros.

No Grupo 1, 65,6% da amostra apresentam escores com 7 pontos ou mais, ou seja, escores significativos para o Transtorno Mental Comum e 34,4 não apresentaram este transtorno. No Grupo 2, constatou-se um número menor da amostra, quando comparado com o Grupo 1, (52,6%) com escores significativos para o Transtorno Mental Comum e 47,4% não apresentaram este transtorno. E no Grupo 3, a maior porcentagem quando comparada entre os três grupos, 87% apresentaram escores significativos para o Transtorno Mental Comum e 13% não apresentaram indicativo para este transtorno.

Gráfico 5. Indicador de Transtorno de Sofrimento Mental Comum entre as amostras a partir do SRQ-20.



Nota: SRQ-20 = *Self Reporting Questionnaire* (Versão brasileira).

Fonte: Elaborado pela autora.

Já no *Short Form* (SF-36) é avaliado a qualidade de vida dos usuários a partir de oito domínios (capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais e saúde mental) que podem ser divididos em dois componentes: físico e mental. A média dos resultados obtidos para cada um dos domínios das amostras dos três grupos são expressos na Tabela 6 e para cada um dos componentes na Tabela 7, seguidos pelo desvio padrão, onde pode-se observar, mais uma vez, resultados homogêneos entre as amostras pesquisadas.

O domínio capacidade funcional obteve a maior pontuação em média nas amostras dos três grupos, Grupo 1 – 84,2; Grupo 2 – 88,7 e Grupo 3 – 84,1, com desvio padrão de 15,1; 18,9; 17,8 respectivamente, o que indica o estado de saúde menos afetado. Por outro lado, o domínio aspectos emocionais foi o mais comprometido entre as amostras, com média no Grupo 1 de 42,7; no Grupo 2 de 33,3 e no Grupo 3 de 31,9, desvio padrão de 40,8; 36,2; 34 respectivamente, o que representa uma importante limitação em relação a este domínio.

Da mesma forma, o componente físico teve maior média (60,9; 66,5 e 59,9 respectivamente) com desvio padrão (16,2; 16,5 e 19,5) e o componente mental a menor média (52,5; 54,4 e 46,5 respectivamente) com desvio padrão (7,3; 15,8 e 10,4), o que reafirma que os participantes das amostras apresentaram maior comprometimento da qualidade de vida nos domínios correspondentes ao componente mental (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental), especialmente, nos aspectos emocionais, o que coaduna com os estudos realizados por Scheffer, Pasa e Almeida (2010); Costa et al. (2004); Kessler et al. (2010); Miranda et al., (2006) que apontam que o consumo abusivo de drogas

acarreta ao indivíduo inúmeras conseqüências negativas para a sua saúde e qualidade de vida, sendo os aspectos emocionais um dos mais prejudicados.

Por sua vez, a capacidade funcional obteve as maiores pontuações, demonstrando pouco comprometimento dos dependentes nesse domínio. O que indica que, apesar de haver limitações emocionais, isso não compromete a funcionalidade do indivíduo, pois ele ainda consegue desenvolver suas atividades do dia-a-dia. Contudo, Silva et al. (2009) destaca que os indivíduos dependentes químicos podem ter uma melhora na sua qualidade de vida e seus relacionamentos a partir de um tratamento adequado.

Tabela 6. Resultados obtidos nos oito domínios do SF-36 referente à qualidade de vida das amostras.

| Domínios | Grupo 1 Corumbá/MS | | | | Grupo 2 Ponta Porã/MS | | | | Grupo 3 Campo Grande/MS | | | |
|-----------------------|-----------------------|------|------|------|--------------------------|------|------|------|----------------------------|------|------|------|
| | Média | D.P. | Mín. | Max. | Média | D.P. | Mín. | Max. | Média | D.P. | Mín. | Max. |
| Capacidade Funcional | 84,2 | 15,1 | 40 | 100 | 88,7 | 18,9 | 35 | 100 | 84,1 | 17,8 | 40 | 100 |
| Aspectos Físicos | 54,7 | 37,8 | 0 | 100 | 63,2 | 39,4 | 0 | 100 | 40,2 | 28,9 | 0 | 100 |
| Dor | 58,0 | 22,8 | 20 | 100 | 65,3 | 34,1 | 0 | 100 | 66,3 | 32,5 | 10 | 100 |
| Estado Geral de Saúde | 46,8 | 19,7 | 20 | 92,5 | 48,8 | 16,1 | 15 | 77 | 48,9 | 20,6 | 10 | 92 |
| Vitalidade | 55,0 | 28,3 | 10 | 100 | 61,3 | 22,0 | 35 | 100 | 56,5 | 27,3 | 0 | 100 |
| Aspectos Sociais | 60,1 | 29,5 | 0 | 100 | 70,4 | 31,0 | 0 | 100 | 48,4 | 34,8 | 0 | 100 |
| Aspectos Emocionais | 42,7 | 40,8 | 0 | 100 | 33,3 | 36,2 | 0 | 100 | 31,9 | 34,0 | 0 | 100 |
| Saúde Mental | 52,3 | 22,4 | 0 | 96 | 52,4 | 23,7 | 28 | 100 | 49,0 | 24,0 | 4 | 96 |

Nota: SF-36= *The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (Versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida).

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 7. Resultados obtidos pelas amostras no SF-36 a partir dos dois componentes que integram os oito domínios.

| Componentes | Grupo 1 Corumbá/MS | | Grupo 2 Ponta Porã/MS | | Grupo 3 Campo Grande/MS | |
|-------------|-----------------------|------|--------------------------|------|----------------------------|------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. |
| Físico | 60,9 | 16,2 | 66,5 | 16,5 | 59,9 | 19,5 |
| Mental | 52,5 | 7,3 | 54,4 | 15,8 | 46,5 | 10,4 |

Fonte: Elaborada pela autora.

3.2 Análise estatística: delineamento correlacional para comparação de variáveis entre as amostras

A fim de realizar a comparação entre as médias dos escores de indicadores de saúde mental e qualidade de vida das amostras independentes de três grupos (Corumbá/MS, Ponta Porã/MS e Campo Grande/MS), utilizou-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (X^2) cujos resultados obtidos estão expressos nas Tabelas 8 e 9, onde é possível observar que o qui-

quadrado de comparação entre as médias dos escores dos indicadores de saúde mental e qualidade de vida das amostras, obtidos por meio dos instrumentos, não foram representativos e nem significativos do ponto de vista estatístico, pois os coeficientes foram muito baixos e o nível de significância estatística atribuída à correlação não atingiu 95% de confiabilidade ($p < 0,005$).

Contudo, a condição fronteiriça diante de seus diversos fenômenos associados (tráfico de drogas, criminalidade, ilegalidades, dinâmica cultural, social, econômica e política) não é uma variável única que produz efeitos significativos sobre a saúde mental (segundo os indicadores pesquisados) dos dependentes químicos, a ponto das amostras fronteiriças (Corumbá/MS e Ponta Porã/MS) apresentarem níveis significativamente diversos daqueles obtidos junto à amostra não fronteiriça (Campo Grande/MS), conforme a hipótese inicial desse estudo, o que torna essa hipótese nula ($H=0$). Não há, portanto, uma relação estatisticamente significativa entre a condição fronteiriça e os indicadores de saúde mental e qualidade de vida por mais que um número representativo de usuários de drogas participantes da pesquisa perceba, reconheça e vivencie os aspectos negativos da fronteira. De modo que outras variáveis, que não foram objetos desta pesquisa, podem ter uma influência significativa sobre os níveis dos indicadores psicológicos pesquisados, assim como, o quadro de dependência química não se instala a partir de uma variável única e sim de um conjunto de variáveis (ABREU; MALSAVI, 2011; ZEMEL, 2010).

Tabela 8. Teste *Kruskal-Wallis* (X^2) entre as médias dos escores dos indicadores de saúde mental das amostras.

| Instrumentos Psicológicos | Grupo 1 Corumbá/MS (N=32) | | Grupo 2 Ponta Porã/MS (N=19) | | Grupo 3 Campo Grande/MS (N=23) | | X^2 | <i>p</i> |
|---------------------------|---------------------------------|------|------------------------------------|------|--------------------------------------|------|-------|----------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. | | |
| | ISSL | 22,8 | 9,5 | 22,3 | 8,5 | 22,5 | | |
| BDI | 17,4 | 9,9 | 17,8 | 8,5 | 20,1 | 8,4 | 2,374 | 0,305 |
| BAI | 18,7 | 13,1 | 16,7 | 10,3 | 17,9 | 9,8 | 0,216 | 0,898 |
| SRQ-20 | 9,2 | 4,9 | 7,9 | 4,4 | 10,3 | 4,1 | 3,210 | 0,201 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 9. Teste *Kruskal-Wallis* (X^2) entre as médias dos escores de cada domínio do indicador de qualidade de vida das amostras.

| Domínios | Grupo 1 Corumbá/MS (N=32) | | Grupo 2 Ponta Porã/MS (N=19) | | Grupo 3 Campo Grande/MS (N=23) | | X^2 | <i>p</i> |
|------------------------------|---------------------------------|------|------------------------------------|------|--------------------------------------|------|-------|----------|
| | Média | D.P. | Média | D.P. | Média | D.P. | | |
| Capacidade Funcional | 84,2 | 15,1 | 88,7 | 18,9 | 84,1 | 17,8 | 2,485 | 0,289 |
| Aspectos Físicos | 54,7 | 37,8 | 63,2 | 39,4 | 40,2 | 28,9 | 4,652 | 0,098 |
| Dor | 58,0 | 22,8 | 65,3 | 34,1 | 66,3 | 32,5 | 1,795 | 0,408 |
| Estado Geral de Saúde | 46,8 | 19,7 | 48,8 | 16,1 | 48,9 | 20,6 | 0,272 | 0,873 |
| Vitalidade | 55,0 | 28,3 | 61,3 | 22,0 | 56,5 | 27,3 | 0,332 | 0,847 |
| Aspectos Sociais | 60,1 | 29,5 | 70,4 | 31,0 | 48,4 | 34,8 | 4,767 | 0,092 |
| Aspectos Emocionais | 42,7 | 40,8 | 33,3 | 36,2 | 31,9 | 34,0 | 1,066 | 0,587 |
| Saúde Mental | 52,3 | 22,4 | 52,4 | 23,7 | 49,0 | 24,0 | 0,290 | 0,865 |

Fonte: Elaborada pela autora.

Nesse sentido, de acordo com o levantamento bibliográfico, a pesquisadora infere que variáveis como: a motivação; o suporte familiar; e a própria relação do usuário com a droga podem interferir na saúde mental e qualidade de vida do indivíduo. Estudos realizados por Kantorski, Lisboa e Souza (2005); Monteiro et al. (2011); Pratta e Santos (2009); Szupszynski e Oliveira (2008) indicam que a motivação do próprio usuário de drogas e o suporte familiar são importantes variáveis para a manutenção da saúde mental e melhora da qualidade de vida, assim como para o desenvolvimento de estratégias de mudanças no comportamento, desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável e adesão a qualquer tipo de tratamento. Caso contrário, a falta de motivação e de suporte familiar implicará diretamente no envolvimento e aderência do usuário em relação ao tratamento e a eficácia terapêutica, em suas expectativas pessoais, sociais e profissionais, assim como, alterações emocionais o que repercutirá nos níveis dos indicadores de saúde mental.

Ademais, cada usuário estabelece uma relação única com as drogas na tentativa de lidar com forças da realidade que lhe afligem e no intuito de aliviar sentimentos negativos como a tristeza, a angústia, a ansiedade e a irritabilidade (MELO; FIGLIE, 2004) o que piora seu quadro de saúde mental.

No entanto, ponderar o peso dessas variáveis que estão associadas ao uso abusivo de drogas, sobre os indicadores avaliados é de extrema complexidade e está além do objetivo proposto pelo estudo.

3.3 Análise qualitativa

A análise qualitativa foi empregada neste estudo como uma forma de complementar a análise quantitativa, principal delineamento da pesquisa. Assim, apesar do estudo priorizar a ênfase empírica, cujas relações entre os dados/variáveis são expressas por meio de representações numéricas, a pesquisadora propôs, também, uma leitura qualitativa com o intento de ampliar a compreensão do fenômeno pesquisado, sobretudo em relação a uma possível articulação entre os dois campos que norteiam essa pesquisa: o uso de drogas e as variáveis fronteiriças.

A leitura qualitativa se dá, especialmente, no que se trata da dimensão simbólica de fronteira, a forma como o usuário representa, percebe e vivencia esse território, o que permite assim identificar se a dinâmica fronteiriça interfere na saúde mental dos usuários de drogas. Observou-se, na análise descritiva apresentada anteriormente, que há uma diferença expressiva entre a percepção negativa de fronteira da percepção positiva demonstrada pelos participantes das três amostras (Gráfico 1). Assim, a visão de fronteira, como um lugar de ilegalidades, contrabando, tráfico de drogas e armas, estão presentes não só nas pessoas que vivem fora das regiões fronteiriças, mas também, nos próprios moradores (usuários de drogas) da fronteira, o que indica que esses fenômenos interferem de alguma forma sobre sua vida e cotidiano.

Os aspectos positivos foram atribuídos em maior número pelos participantes não fronteiriços, o que parece contradizer a literatura sobre o tema. Segundo os autores Albuquerque (2013); Oliveira (2013f) a visão distorcida do Estado em relação à cidade de fronteira exposto na mídia, apenas como caso de polícia, gera um pensamento negativo em grande parte dos indivíduos que vivem fora das regiões fronteiriças. No caso desse estudo, houve um reconhecimento por indivíduos (usuários de drogas) não residentes em regiões fronteiriças dos aspectos positivos da fronteira, como o comércio, o turismo, a interação cultural, entre outros.

Todavia, as percepções das amostras sobre fronteira estiveram, em sua maioria, voltadas para a questão das drogas, como um lugar de fácil acesso e aquisição, assim como de preços baixos por drogas classificadas de boa qualidade. Segundo Oliveira e Costa (2012e); Oliveira (2013f), a facilidade às drogas ocorre devido à proximidade com o país produtor e as relações informais diretas com os próprios fornecedores (contatos transnacionais efetivados pelo convívio cotidiano dos moradores da fronteira), sem a necessidade de um emaranhado de atores sociais e de uma logística complexa, o produto chega facilmente nas bocas de fumo, e

consequentemente, para os consumidores e com preços baixos, mas com boa qualidade para garantir a freguesia.

Nesse sentido, destacam-se alguns relatos que sugerem a representação social que os participantes têm da região de fronteira em relação ao objeto droga:

“A fronteira é um lugar muito perigoso, porque tem muita droga (...) compra-se igual bala, em todos os lugares” (Participante 25 – Grupo 1). *“Tem muita droga na fronteira, é fácil ter acesso, qualquer coisa é só ir na Bolívia, em Cochabamba tem até feiras para comprar”* (Participante 7 – Grupo 1). *“Na fronteira é fácil encontrar drogas e é muito barata, no Paraguai tem até feirinha para vender(...)”* (Participante 22 – Grupo 3). *“Lugar péssimo e perigoso... tem muita droga (...)”* (Participante 6 – Grupo 2). *“Lugar tenso e propício a tudo de mal, especialmente para usuários de drogas pelo fato de conseguir a droga facilmente e com pouco dinheiro comprar grandes quantidades”* (Participante 17 – Grupo 3). *“Lugar perigoso e com muitas coisas ruins por causa das drogas, tem muita droga na fronteira, no Paraguai é vendida nas ruas (...) eu compro no Paraguai porque lá é mais barato”* (Participante 8 – Grupo 2). *“(...) é muito fácil conseguir a droga na fronteira e é bem barata (...) há 2 anos atrás eu estava em São Paulo e retornei para Corumbá por causa das drogas”* (Participante 26 – Grupo 1). *“Na fronteira tem muita droga e é muito barata (...) já fui morar na Bolívia para ficar perto das drogas”* (Participante 9 – Grupo 3). *“Corumbá é corredor das drogas, porque tem bastante droga na fronteira e o preço é barato, isso incentiva o uso e faz pessoas de outros lugares virem pra cá”* (Participante 5 – Grupo 1).

Além da questão das drogas, destacou-se também a percepção de fronteira como um lugar das ilegalidades, de crimes, violências, além da falta de fiscalização no combate aos crimes e o descaso por parte dos governos, onde muitos participantes informaram já ter realizado o tráfico de drogas sem qualquer dificuldade para transitar de um país para o outro, assim como roubos de veículos. Essa facilidade de transitar com mercadorias ilícitas e produtos roubados entre um país e outro sem dificuldades, de acordo com Amorim (2012); Oliveira (2013d), ocorre por conta da existência de diversas estradas vicinais que liga um país ao outro, assim como, o pouco policiamento em uma região extensa que acarreta a falta de fiscalização efetiva.

Segue abaixo alguns relatos:

“A fronteira é lugar de passagem de drogas e armas e tem pouca fiscalização (...) já carreguei drogas sem nenhum problema” (Participante 19 – Grupo 1). *“Lugar das ilegalidades e de propina para acobertar essas ilegalidades, tem também crimes e violência (...)”* (Participante 3 – Grupo 2). *“A fronteira é perigosa, tem muitas ilegalidades e*

violência” (Participante 18 – Grupo 3). *“Lugar perigoso de passagem de drogas, violência e roubos”* (Participante 23 – Grupo 1). *“Lugar sem lei e sem limites (...)”* (Participante 13 – Grupo 2). *“Lugar perigoso com violência, tráfico de drogas, roubo de carro e prostituição (...) tem também muita propina para não ser pego”* (Participante 29 – Grupo 1). *“Lugar de drogas e crimes (...)”* (Participante 4 – Grupo 3). *“A fronteira é esquecida pelos governos dos países, eles não se preocupam com esse lugar (...)”* (Participante 15 – Grupo 2). *“Na fronteira tem muita droga e é muito fácil passar moto roubada (...)”* (participante 12 – Grupo 1). *“Na fronteira tem muita droga, muita arma e pouca fiscalização (...) tem que ter mais controle das autoridades para conseguir aproveitar o lado bom da fronteira, que é o comércio e o turismo”* (Participante 4 – Grupo 2).

Não obstante, também houve participantes que atribuíram aspectos positivos à percepção de fronteira, como o comércio de roupas e produtos alimentícios, o turismo e a interação cultural, o que coaduna com os pensamentos de alguns autores (ABINZANO, 2005; PESAVENTO, 2006; RIBEIRO; COSTA, 2011; SOUZA; GEMELLI, 2011; OLIVEIRA, 2014) sobre a fronteira como uma região de múltiplas trocas e relações comerciais, culturais, sociais, econômicas e políticas, uma forma de complementaridade e intercâmbio permitindo uma articulação entre o local e o internacional e estabelecendo vínculos e dinâmicas próprias. Como apresentado nos relatos a seguir:

“A fronteira é um lugar bom para comprar mercadorias” (Participante 28 – Grupo 1). *“Lugar bom para ganhar dinheiro, tem muitos turistas (...)”* (Participante 17 – Grupo 2). *“A fronteira é um lugar fácil para encontrar emprego (...)”* (Participante 7 – Grupo 3). *“A fronteira é boa para conhecer outra cultura e pessoas de outro país, mas tem muita droga (...)”* (Participante 8 – Grupo 1). *“Lugar de comércio, bom para comprar roupas é muito barato, minha família já foi comprar roupas na Bolívia”* (participante 23 – Grupo 3). *“A fronteira é rota de passagem de drogas para outras cidades, mas têm o lado bom que são as coisas de comer e as roupas que são baratas”* (Participante 18 – Grupo 1).

É a partir dessas percepções e representações da realidade, sejam elas positivas ou negativas, que o espaço fronteiriço é vivido pelos usuários de drogas da região de fronteira produzindo, segundo Pesavento (2002), sentidos e significados próprios que direcionam e guiam suas identidades.

A maioria dos participantes fronteiriços não atribuíram aos fenômenos de fronteira influencia na sua adicção (Gráfico 2) relacionando outros fatores pessoais, o que justifica-se pelo fato do desenvolvimento da dependência química não se dar apenas por um fator único e sim, a partir de um conjunto de fatores de riscos que se convergem entre si, como: as

características sociodemográficas; os fatores genéticos; a história de vida; as características psicológicas; entre outros (ZEMEL, 2010), o que demonstra que o uso abusivo de drogas corresponde a um conjunto de interações sociais e agenciamentos complexos que facilitam e estimulam o abuso, a recorrência e a continuidade da relação do indivíduo com a substância, que fazem parte de um contexto econômico, social, cultural, histórico e geográfico (ABREU; MALSAVI, 2011).

Todavia, a forma como estes indivíduos percebem e vivenciam a fronteira produz, de alguma forma, mas não exclusivamente, efeitos sobre a qualidade da sua saúde (conforme apresentado nos resultados), mesmo que não seja significativo do ponto de vista estatístico. Nesse sentido, Marca (2007) aponta que os fenômenos de fronteira têm influência na saúde mental dos indivíduos que residem na região, devido os diversos determinantes sociais, as particularidades e ambigüidades.

Observou-se (Tabela 3) que os usuários de drogas das regiões de fronteira apresentaram índices elevados de sintomas significativos de *stress* (Grupo 1, 81,3% e Grupo 2, 94,7%), predominantemente na fase de Resistência (Grupo 1, 50% e Grupo 2, 63,2%) o que indica que esses indivíduos estão tentando lidar com seus estressores de modo a manter seu equilíbrio interno, mas com a persistência desses estressores, intensamente e frequentemente, haverá uma quebra na sua resistência, assim a fase do *stress* se evoluirá e o processo de adoecimento iniciará (LIPP, 2005). Ademais, os sintomas predominantes de *stress* se fazem presentes em sua maioria na área psicológica (Grupo 1, 57,7% e Grupo 2, 77,8%), o que demonstra a vulnerabilidade desses indivíduos nessa área.

Tais indicadores de *stress* diferem da depressão e da ansiedade (Tabelas 4 e 5), onde sintomas significativos de depressão (Grupo 1, 34,4% e Grupo 2, 31,6%) e ansiedade (Grupo 1, 37,5% e Grupo 2, 21,1%) estiveram presentes em índices menores da amostra, mas que não podem ser ignorados, pois há uma parcela considerável dessa população que apresentam indicadores importantes de depressão e ansiedade, encontrando-se nos níveis de intensidade moderado e grave, o que merece uma atenção especial.

No entanto, a presença do Transtorno de Sofrimento Mental Comum está presente na maior parte das amostras (Gráfico 5), sendo no Grupo 1, 65,6% e no Grupo 2, 52,6%, o que indica um estado comprometido da saúde mental nos indivíduos com a apresentação de sinais e sintomas tanto somáticos como psicológicos que acarretam um intenso sofrimento psíquico.

E em relação à qualidade de vida (Tabela 6), o domínio que os participantes demonstraram maior comprometimento está relacionado às limitações por aspectos emocionais (Grupo 1, 42,7 e Grupo 2, 33,3) e o que demonstraram menor comprometimento

foi o domínio capacidade funcional (Grupo 1, 84,2 e Grupo 2, 88,7), da mesma forma (Tabela 7), o componente mais comprometido foi o mental, relacionados aos domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (Grupo 1, 52,5 e Grupo 2, 54,4), e o menos comprometido foi o físico, com os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde (Grupo 1, 60,9 e Grupo 2, 66,5). Assim, por mais que os usuários de drogas apresentem limitações psicológicas, estes conseguem manter sua autonomia e desempenho frente às atividades da vida diária.

Diante do exposto, fica evidenciado as alterações emocionais provocadas pelo uso abusivo de drogas, o que coaduna com o estudo realizado por Silva et al. (2009) com sujeitos dependentes de cocaína/crack que demonstrou que o uso das substâncias psicoativas atenua os sintomas psicopatológicos. Ademais, tais alterações podem ser intensificadas pelas variáveis presentes tanto na vida do próprio usuário como em seu território, mas não por uma variável única e sim por um conjunto de variáveis que são difíceis de serem definidas ou objetivadas, posto que estão relacionadas às singularidades de cada um dos indivíduos, o que demonstra a complexidade que envolve o fenômeno da dependência química. Entretanto, conhecer e identificar as alterações emocionais desencadeadas pelo uso abusivo de drogas é importante para planejar melhor e adequadamente as formas mais apropriadas de intervenção no tratamento, o que repercutirá em resultados satisfatórios (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011).

Assim, para cada indivíduo a dependência química se configura de maneira peculiar, o que não permite encontrar variáveis únicas e homogêneas que expliquem esse fenômeno. Dessa forma, quando se tenta generalizar tal fenômeno não se obtém um fator em comum e, a presente pesquisa vem demonstrar e contribuir com isso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa partiu da premissa de que dois campos, drogas e fronteiras, guardam uma relação de intersecção entre si, diferente daquela que é retratada cotidianamente pelos meios de comunicação – mídia, que destina às fronteiras a coisificação do objeto droga, forjando no imaginário coletivo a indissociabilidade entre droga e segurança pública. Nessa perspectiva, o Estado vale-se de um complexo sistema de repressão às drogas no intento de reduzir a oferta e o consumo, tomando-o como parâmetro da eficácia da aplicação das leis. Assim, as drogas apreendidas nas fronteiras são veiculadas como o resultado da presença do Estado que busca demonstrar a manutenção do domínio dos limites de seu território.

Entretanto, a proposição da pesquisadora acerca da relação entre os dois fenômenos foi de que as variáveis que os compõem poderiam ser correlacionadas significativamente, ou seja, de que seria possível aferir se os usuários abusivos de drogas são mais vulneráveis à fronteira, conforme a variação de alguns indicadores de saúde mental (*stress*, depressão, ansiedade, sofrimento mental e qualidade de vida), contrapondo-se desse modo, à hegemonia do vértice da segurança e partindo-se para uma perspectiva voltada para a área da saúde pública, mais especificamente, a saúde mental dos usuários de drogas. A hipótese delineada pela pesquisadora decorreu do trabalho de escuta psicoterápica oferecido aos usuários do CAPS ad, enquanto psicóloga daquele serviço.

Com a análise descritiva das características sociodemográficas, relativas ao uso de drogas, ao tratamento e a percepção da fronteira foi possível delinear o perfil dos participantes pesquisados e observar as similaridades e diferenças. Dentre as diferenças que merecem destaque, estão às drogas de uso predominante de cada amostra, em Corumbá/MS, fronteira com a Bolívia se destaca a pasta base de cocaína, em Ponta Porã/MS, fronteira com o Paraguai a maconha e o crack e em Campo Grande/MS, município não fronteiriço as múltiplas drogas (maconha, cocaína e pasta base). Demonstrou assim, que cada localidade pesquisada tem sua especificidade ao tipo de droga de acordo com a proximidade com o país vizinho e a droga produzida por este.

No que diz respeito às similaridades, predominaram na pesquisa, usuários de drogas cruzados, do sexo masculino, solteiros, com baixa escolaridade (Ensino Fundamental Incompleto), desempregados e residentes com algum familiar. Esses indivíduos iniciaram o uso de drogas precocemente por meio do álcool ou maconha; eles têm na família algum membro usuário de álcool e/ou de drogas, já fizeram outros tratamentos para a dependência

química, mas no momento, estão em tratamento ambulatorial de forma espontânea, o que coaduna com diversos estudos já realizados e citados ao longo do trabalho.

Quanto à percepção dos participantes sobre a fronteira, predominou a percepção negativa: facilidade de acesso e aquisição às drogas e às bebidas alcoólicas, tráfico de drogas, criminalidade, violência, ilegalidades e pouca atuação do Estado.

Apesar da percepção negativa se sobressair, as variáveis que a circunscreve, isoladamente, não foram determinantes para o início do consumo de drogas, existiram outras variáveis pessoais, sociais e culturais que influenciaram na etiologia da dependência química.

Da mesma forma, as alterações emocionais presentes nos usuários (identificadas a partir da avaliação dos indicadores de saúde mental e qualidade de vida) são provocadas não só pelo uso abusivo de drogas, mas também por um conjunto de fatores presentes em sua vida e em seu território (fatores de risco) que estão relacionadas à singularidade de cada um. Portanto, o fenômeno da dependência química e suas vicissitudes não se reduzem a um único fator.

A análise quantitativa dos dados demonstrou que as correlações entre as variáveis – indicadores de saúde mental e condição fronteiriça – não foram significativas estatisticamente, ou seja, o nível de significância estatística atribuída à correlação não atingiu 95% de confiabilidade, o que pode ter ocorrido em função da baixa representatividade das amostras, e também, da complexidade de fenômenos que envolvem os usuários de drogas.

Apesar disso, mesmo não confirmando a hipótese inicial deste estudo a partir da análise estatística, não se pode deixar de mencionar a relevância dos relatos dos participantes sobre suas percepções de fronteira (análise qualitativa). As entrevistas realizadas reforçaram a percepção inicial da pesquisadora de que de fato, a forma como a fronteira é vivida e o sentido conferido pelos usuários de drogas a ela é um fator que diferencia o vínculo que estabelecem com as drogas naquele espaço alterando de modo peculiar a percepção e a representação que têm de si e da realidade, pois estes indivíduos mantêm uma relação singular com esse território, devido à facilidade de acesso e aquisição às drogas, o que produz sentidos e significados próprios. Assim, essa percepção pode ser compreendida a partir da noção de fronteira, segundo uma dimensão simbólica, acessada através dos discursos dos participantes.

Dada a amplitude do tema, outros estudos, realizados junto a amostras estatisticamente mais representativas e em outras localidades fronteiriças e não fronteiriças, deverão ser delineados a fim de se ampliar, confirmar ou refutar os resultados obtidos a partir dessa investigação.

REFERÊNCIAS

- ABINZANO, R. C. Las regiones de frontera: espacios complejos de la resistencia global. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 113-130.
- ABREU, C. de C.; MALSIVI, P. A. Aspectos transculturais, sociais, e ritualísticos da dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. e Cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 67-80.
- ALBUQUERQUE, L. Olhares e narrativas de fronteiras: imagens dos limites territoriais e simbólicos do Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, vol. 40, nº 1, p. 20-30, 2009.
- _____. As fronteiras nacionais no telejornalismo brasileiro: as séries de reportagens sobre as fronteiras do Brasil no jornal nacional. In: COSTA, G. V. L. da; BIVAR, V. dos S. B. (orgs.). *Fronteiras em questão: múltiplos olhares*. Campo Grande: UFMS, 2013. p. 15-34.
- ALMEIDA, P. P. de; BRESSAN, R. A.; LACERDA, A. L. T. de. Neurobiologia e neuroimagem dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. e Cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 35-42.
- ALMEIDA, P. P. de; MONTEIRO, M. de F. Neuropsicologia e dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. e Cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 98-105.
- ALVAREZ, G. O. Trabalhadores imigrantes nas fronteiras do Brasil com os países do Mercosul. In: *26 Reunião Brasileira de Antropologia*, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro/BA, 2008. Disponível em: <www.abant.org.br>. Acesso em: 21 set. 2015.
- ALVES, V. S.. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, nº 11, p. 2.309-2.319, 2009.
- ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. *Interação em Psicologia*, vol. 6, nº 1, p. 65-79, 2002.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMORIM, M. A. B. M. *A problemática da segurança pública na fronteira Brasil e Bolívia com foco no Estado de Mato Grosso*. 2012. Monografia (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia). Escola Superior de Guerra (ESG), 2012.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. da S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol. 17, nº 2, p. 127-139, 2005.
- BORDIN, S.; FIGGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Sistemas diagnósticos em dependência química – conceitos básicos e classificação geral. In: FIGGLIE, N. B.; BORDIN, S.;

LARANJEIRA, R. (orgs.). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Rocca, 2004. p. 03-11.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, vol. 21, nº 49, p. 263-271, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria executiva. Coordenação nacional de DST/AIDS. *A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília/DF, 2003.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília/DF, 2004.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Coordenação geral de saúde mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília/DF, 2005a.

_____. 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/DF, 2005b.

_____. Ministério da saúde. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua*. Brasília/DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros*. Brasília/DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BÜCHELE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D. R. Dependência química e prevenção à recaída. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, vol. 13, nº 2, p. 233-240, 2004.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP nº 016/2000*, 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioeticas/16cfp>>. Acesso em: 07 maio 2015.

CHAGAS, F. G. L. das; VENTURA, C. A. A. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, vol. 6, nº 1, p. 1-20, 2010.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatológica*, vol. 39, nº 3, p. 143-150, 1999.

CID-10. *Classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. 10ª rev. Porto Alegre: Artmed, 1993.

COSTA, S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. *Serviço Social Revista*, Londrina, vol. 3, nº 2, p. 215-242, 2001.

COSTA, A. C. L. L. da; GONÇALVES, E. C. A sociedade, a escola e a família diante das drogas. In: BUCHER, R. (org). *As Drogas e a Vida: uma abordagem biopsicossocial/CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos*. 1ª reimpr. São Paulo: EPU, 2002. p. 47-54.

COSTA, P. F. Aspectos legais do consumo. In: BUCHER, R. (org.). *As Drogas e a Vida: uma abordagem biopsicossocial/CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos*. 1ª reimpr. São Paulo: EPU, 2002. p. 39-45.

COSTA, J. S. D. da; SILVEIRA, M. F.; GAZALLE, F. K.; OLIVEIRA, S. S.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. M. B.; GIGANTE, D. P.; OLINTO, M. T. A.; MACEDO, S. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, vol. 38, nº 2, p. 284-291, 2004.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. *Estatística sem matemática para psicologia: usando spss para Windows*. Trad. Lorí Viali. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DE BONI, R.; KESSLER, F. Tratamento. In: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 3ª ed. Brasília: Presidência da República, 2010. p. 195-210.

DIAS A. I. S. *Políticas de redução de danos no Brasil e as lições aprendidas de um modelo americano*. 2008. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 32, supl. 1, p. 41-45, 2010.

DSM-V. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FAVARO, C.; FIGUEIREDO, C. B. F. Complicações clínicas comuns em dependentes químicos. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. e Cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 461-477.

FEDATTO, N. A. S. F. Educação em Mato Grosso do Sul: limitações da escola brasileira numa divisa sem limites na fronteira Brasil-Paraguai. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 491-510.

FIGLIE, N. B.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de riscos bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista Psiquiatria Clínica*, vol. 31, nº 2, p. 53-62, 2004.

FORTINI, P. F; SOUZA, C. A. *Vozes da rua: um relato de experiência com moradores de rua*. Brasília: BVS Psi ULAPSI Brasil, 2009.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. A política nacional de integração e desenvolvimento das fronteiras: o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF). In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 25-46.

GEMELLI, V. *As redes do tráfico: drogas ilícitas na fronteira Brasil e Paraguai*. 2013. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Geografia). UNIOESTE, 2013.

GOMES, C. F. G. Apresentação. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 07-08.

GONÇALVES, E. C. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, R. (org). *As Drogas e a Vida: uma abordagem biopsicossocial/CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos*. 1ª reimpr. São Paulo: EPU, 2002. p. 09-14.

HERZ GENRO, T. F. O mercado da droga. In: I Rio Simpósio Internacional de Segurança Pública e Políticas Públicas sobre Drogas, Rio de Janeiro, Fev. 25 à 27/2008. *Novas abordagens para a segurança pública e políticas de drogas*. Editado por: Conselho Internacional de Segurança e Desenvolvimento (ICOS). Petrópolis: Vozes, 2009. p. 25-6.

ICOS - Conselho Internacional de Segurança e Desenvolvimento. *Novas abordagens para segurança pública e políticas de drogas*. In: I Rio Simpósio Internacional de Segurança Pública e Políticas Públicas sobre drogas, Rio de Janeiro; Fev. 25 à 27/2008. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

KANTORSKI, L. P.; LISBOA, L. de M.; SOUZA, J. de. Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, vol. 1, nº 1, p. 01-15, 2005.

KESSLER, F.; DIEMEN, L. Von; SEGANFREDO, A. C.; BRANDÃO, I.; SAIBRO, P. de; SCHEIDT, B.; GRILLO, R.; RAMOS, S. de P. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 25, supl. 1, p. 33-41, 2003.

KESSLER, F.; FALLER, S.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O.; CRUZ, M. S.; BRASILIANO, S.; STOLF, A. R.; PECHANISKY, F. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a escala de gravidade de dependência. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 32, nº 2, p. 48-56, 2010.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK, M.A. (coord.). *Benzodiazepínicos*. São Paulo: Edusp, 1999. p. 188-198.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M.; RATTO, L. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. In ABEAD – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras drogas. *Comorbidades: transtornos mentais X transtornos por uso de substâncias de abuso*, 2004.

LIPP, M. E. N. *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. 3ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Saúde Pública). UFMG, 2006.

MACHADO, L. O. O comércio ilícito de drogas e a geografia da integração financeira: uma simbiose? In: CASTRO, I.; e outros (orgs.). *Questões atuais da reorganização do território*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. p. 15-64.

_____. Limites, fronteiras, redes. In: STROHAECKER, T. M.; DAMIANI, A.; SCHAFFER, N. O.; BAUTH, N.; DUTRA, V. S. (orgs.). *Fronteiras e espaço global*. Porto Alegre: AGB, 1998. p. 41-49.

_____. Limites e fronteiras: da alta diplomacia aos circuitos da ilegalidade. *Revista Território*, Rio de Janeiro, ano V, nº 8, p. 7-23, 2000.

MACHADO, L. O.; HAESBAERT, R.; RIBEIRO, L. P.; STEIMAN, R.; PEITER, P.; NOVAES, A. O desenvolvimento da faixa de fronteira: uma proposta conceitual-metodológica. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 87-112.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 33, nº 3, p. 580-96, 2013.

MALUF, T. P. G. *Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos*. 2002. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde). UFSP, 2002.

MARCA, L. A. *Atenção a saúde mental na região de fronteira do Brasil com o Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores*. 2007. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Serviço Social). UFSC, 2007.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo/Br. *J. Psychiatric*, nº 148, p. 23-26, 1986.

MARQUEZ, A. C. P. R. Introdução à abordagem psicossocial da dependência química. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. (eds.). *Diretrizes gerais para tratamento da dependência química*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. p. 117-127.

MARTINS, G. I.; MARTINS, C. D. Estudo sobre a faixa de fronteira Bolívia-Brasil(MS)-Paraguai. In: SEBRAE/MS (org.). *Mato Grosso do Sul sem fronteiras: características e interações territoriais: Brasil, Bolívia, Paraguai*. Campo Grande: Visão, 2010. p. 31-236.

MELO, A.; RIBEIRO, M. de F. B. A cultura como integração na América do Sul espaços da fronteira Brasil/Uruguai I encontro lazos Uruguai/Venezuela. In: COSTA, G. V. L. da; BIVAR, V. dos S. B. (orgs.). *Fronteiras em questão: múltiplos olhares*. Campo Grande: UFMS, 2013. p. 71-88.

MELO, D. G. de; FIGLIE, N. B. Psicoterapia de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (orgs.). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Rocca, 2004. p. 359-384.

MENDES, C. R. P; FILLIPEHARR, J. Vivência nas ruas, dependência de drogas e projeto de vida: um relato de experiência no CAPS-ad. *Revista Psicologia e Saúde*, vol. 6, nº 1, p. 90-97, 2014.

MIGOTT, A. M. B. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social? Mota LA. São Paulo: Paulus; 2007. 84 pp. (Coleção questões fundamentais da saúde, 12). (Resenha). *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 24, nº 3, p. 710-713, 2007.

MIRANDA, F. A. N. de; SIMPSON, C. A.; AZEVEDO, D. M. de; COSTA, S. da S. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, vol. 8, nº 2, p. 222-232, 2006.

MONTEIRO, C. F. de S.; FÉ, L. C. M.; MOREIRA, M. A. C.; ALBUQUERQUE, I. E. de M.; SILVA, M. G. da; PASSAMANI, M. C. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. (Versão eletrônica). *Esc. Anna Nery (impr.)*, vol. 15, nº 1, p. 90-95, 2011.

MONTIEL, J. M.; CAPOVILLA, A. G. S.; BERBERIAN, A. de A.; CAPOVILLA, F. C. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, vol. 6, nº 2, p. 33-42, 2005.

MORALES, R. de R.; MORALES, N. de M. O.; ROCHA, F. C. G. da; FENELON, S. B.; PINTO, R. de M. C.; SILVA, C. H. M. da. Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, vol. 65, nº 2-B, p. 454-460, 2007.

MULLER, K. M. Espaços de fronteiras nacionais, pólos de integração. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 573-592.

NASCIMENTO, V. A. do. Sobre fronteiras: alguns conceitos e aportes. In: COSTA, G. V. L. da; BIVAR, V. dos S. B. (orgs.). *As fronteiras em perspectiva interdisciplinar*. Campo Grande: UFMS, 2013. p. 85-108.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 3ª ed. Brasília: Presidência da República, 2010. p. 15-36.

NOGUEIRA, R. J. B. Fronteira: espaço de referência identitária? *Ateliê Geográfico - Revista eletrônica*, Goiânia, vol. 1, nº 2, p. 27-41, dez./2007.

OLIVEIRA, G. F. *Nas bocas da cidade de Corumbá-MS: o comércio de drogas na fronteira Brasil/Bolívia*. 2013. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Estudos Fronteiriços). UFMS/Campus Pantanal, 2013d.

_____. Fazendo a mágica: o diferencial fronteiriço como recurso na economia ilegal do tráfico de drogas no varejo em Corumbá-MS, fronteira com a Bolívia. In: COSTA, G. V. L. da; BIVAR, V. dos S. B. (orgs.). *As fronteiras em perspectiva interdisciplinar*. Campo Grande: UFMS, 2013f. p. 175-191.

OLIVEIRA, G. F.; COSTA, G. V. L. da. Redes ilegais e trabalho ilícito: comércio de drogas na região de fronteira de Corumbá/Brasil – Puerto Quijarro/Bolívia. *Boletim Gaúcho de Geografia*, 38, p. 137-156, maio/2012e.

_____. A cidade e os informantes – inserção etnográfica nos pontos de venda de drogas da cidade de Corumbá/Brasil, na fronteira com Puerto Quijarro/Bolívia. *Composição - Revista de Ciências Sociais*, UFMS, nº 11, ano 6, p. 4-24, dez./2012c.

OLIVEIRA, M. A. M.; RAMALHO JUNIOR, A. L. Proximidades e estranhezas nas relações fronteiriças: preconceito, solidariedade e imigrantes. *Anais do XVI Encontro Nacional de Geógrafos: crises, práxis e autonomia: espaços de resistência e de esperanças – Espaços de diálogos e práticas*. Associação dos geógrafos brasileiros, ISBN 978-85-99907-02-3, Porto Alegre, 2010.

OLIVEIRA, M. G. de. *A formação das cidades-gêmeas Ponta Porã-Pedro Juan Caballero*. II Simpósio Nacional de Geografia Política, Território e Poder – I Simpósio Internacional de Geografia Política e Territórios Transfronteiriços. Foz do Iguaçu, 2011.

OLIVEIRA, M. L. P. de. Drogas e seus efeitos. In: BUCHER, R. (org). *As Drogas e a Vida: uma abordagem biopsicossocial/CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos*. 1ª reimpr. São Paulo: EPU, 2002. p. 15-23.

OLIVEIRA, T. C. M. de. Tipologia das relações fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 377-408.

_____. A lógica espacial do território fronteiriço – os casos das aglomerações de Ponta Porã-Pedro Juan Caballero e Ladário-Corumbá-Puerto Quijarro-Puerto Suarez. In: SEBRAE/MS (org.). *Mato Grosso do Sul sem fronteiras: características e interações territoriais: Brasil, Bolívia, Paraguai*. Campo Grande: Visão, 2010. p. 239-255.

_____. Geopolítica da faixa de fronteira e a experiência de Mato Grosso do Sul. In: EVELIN, H. S.; COSTA, G. D. da (orgs.). *Seminário perspectivas para a faixa de fronteira*. Secretaria de Acompanhamentos e Estudos Institucionais, Brasília: Presidência da República, 2011. p. 191-203.

_____. Fronteiras na América Latina: reflexões metodológicas. In: TRINCHERO, H. H.; MUÑOZ, L. C.; VALVERDE, S. (coords.). *Pueblos indígenas, estados nacionales y fronteras: tesiones y paradojas de los procesos de transición contemporáneos en América Latina*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2014. p. 73-94.

PAES, P. C. D.; ORLANDO, T. S. *Escola de redução de danos na fronteira do Brasil com o Paraguai*. Psicotropicus. Rio de Janeiro, 2013.

PAIVA, C. C.; OLIVEIRA, E. M. L. P. de; SILVEIRA, S. M. B. do A. Complicações orgânicas do consumo de drogas. In: BUCHER, R. (org). *As Drogas e a Vida: uma abordagem biopsicossocial/CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos*. 1ª reimpr. São Paulo: EPU, 2002. p. 81-87.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, vol. 23, nº 1, p. 154-162, 2011.

PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para a dependência de drogas. *Revista Saúde Pública*, vol. 32, nº 1, p. 64-71, 1998.

PATERSON P.; ROBINSON, K. Measuring success in the war on drugs. William Perry Center for Hemispheric Defense Studies – National Defense University. (Periódico online). *Perry Center Occasional Paper*, 2014.

PELISOLI, C. da L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 27, nº 3, p. 270-277, 2005.

PESAVENTO, S. J. Além das fronteiras. In: MARTINS, M. H. (org.). *Fronteiras culturais – Brasil, Uruguai, Argentina*. Cotia: Ateliê Editorial, 2002. p. 35-39.

_____. Fronteiras culturais em um mundo planetário – paradoxos da(s) identidade(s) sul – latino – americana(s). *Revista Del CESLA*, Polônia, nº 8, p. 9-19, 2006.

PEUKER, A. C.; ROSEMBERG, R.; CUNHA, S. M. da; ARAÚJO, L. B. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paidéia*, vol. 20, nº 46, p. 165-173, 2010.

PINHO, P. H. *Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial*. 2009. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Enfermagem). UFSP, 2009.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A. de; ALMEIDA, M. M. de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista Psiquiatria Clínica*, vol. 35, supl. 1, p. 82-88, 2008.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, Natal, vol. 11, nº 3, p. 315-322, 2006.

_____. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, vol. 25, nº 2, p. 203-211, 2009.

PULCHERIO, G.; VERNETTI, C.; STREY, M. N.; FALLER, S. Transtorno de estresse pós-traumático em dependente de álcool. *Revista Psiquiatria Clínica*, vol. 35, nº 4, p. 154-158, 2008.

RAFFESTIN, C. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira. In: OLIVEIRA, T. C. M. (org). *Território sem limites – estudos sobre fronteiras*. Campo Grande: UFMS, 2005. p. 09-15.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (orgs.). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Rocca, 2004. p. 460-512.

RIBEIRO, M. L. O.; COSTA, G. V. L. da. A criança “migrante” na fronteira Brasil-Bolívia: desafios e dificuldades. In: COSTA, G. V. L. da; SIQUEIRA, K. S. M.; OLIVEIRA, M. A. M. de (orgs.). *Fronteiras: conflitos, integração e políticas públicas*. Campo Grande: UFMS, 2011. p. 141-158.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, vol. 18, nº 1, p. 95-106, 2002.

RUEDA, F. J. M.; ZANON, C. Delineamento correlacional: definições e aplicações. In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. de (orgs.). *Metodologias de pesquisa em ciência: análises quantitativa e qualitativa*. 2ª ed. Rio de Janeiro:LTC, 2016. p. 115-124.

SANCHEZ, Z. van der M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública*, vol.36, nº 4, p.420-430, 2002.

SANTOS, C. S. M. dos; GANEM, K. M. G. A bebida alcoólica como “porta de entrada” para o uso de outras drogas psicoativas. *Anais da VI amostra interna de trabalhos de iniciação científica*. CESUMAR, ISBN 978-85-8084-413-9, Maringá, 2012.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. (Periódico online). *Journal of Nursing Health*, vol. 1, nº 2, p. 82-93, 2012.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 26, nº 3, p. 533-541, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde coletiva*, vol. 10, nº 3, p. 707-717, 2005.

SERVELHERE, K. R.; FERNANDES, Y. B.; RAMINA, R.; BORGES, G. Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. *Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia*, vol. 30, nº 2, p. 69-75, 2011.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU, 1989.

SILVA, C. R. da; KOLLING, N. de M.; CARVALHO, J. C. N.; CUNHA, S. M. da; KRISTENSEN, C. H. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolista: um estudo exploratório. *Aletheia*, vol. 30, p. 101-112, 2009.

SILVA, L. H. P. de; BORDA, L. de O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; MANTOVANI, M. de F.; MAFTUM, M. A. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico (Versão eletrônica). *Esc. Anna Nery (imp.)*, vol. 14 n° 3, p. 585-590, 2010.

SILVA, L. P. B. da. *A geografia das cidades gêmeas de Corumbá (Brasil) e Porto Suarez (Bolívia): interações espaciais na zona de fronteira Brasil-Bolívia*. 2012. Dissertação (Mestrado/Programa de Pós-graduação em Geografia). UFRJ, 2012.

SILVA, L. V. E. R.; MALBERGIER, A.; STEPLIUK, V. de A.; ANDRADE, A. G. de. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista Saúde Pública*, vol. 40, n° 2, p. 280-288, 2006.

SILVA, R. L. da; BORREGO, A. L. S.; FIGLIE, N. B. Psicoterapia de grupo. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. e Cols. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 328-339.

SILVEIRA, D. X. Problemas atuais na abordagem terapêutica das farmacodependências. *Revista Psychiatry on line Brasil*, vol. 1, n° 1, 1996.

SILVEIRA, D. X.; SILVEIRA, E. D. X. da. *Um guia para a família*. 1ª ed., reimpr. revista. Brasília: Presidência da República, SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), 1999.

SOUZA, E. B. C. de; GEMELLI, V. Território, região e fronteira. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, vol. 13, n° 2, p. 101-116, 2011.

SOUZA, M. J. de. Fronteiras simbólicas – espaço de hibridismo cultural, uma leitura de dois irmãos, de Milton Hatoum. *Letrônica*, vol. 7, n° 1, p. 475-489, 2014.

STELLA, F.; ANSELMO, J. C.; GOVONE, J. S. Alterações do estado mental e da psicomotricidade em usuários. *Motriz*, vol. 11, n° 1, p. 25-35, 2005.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. da S. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, vol. 10, n° 1, p. 162-173, 2008.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as políticas públicas: que caminho seguir?. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.

ZEMEL, M. de L. S. Prevenção – novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 3ª ed. Brasília: Presidência da República, 2010. p. 131-147.

ZULETA, E. D.; ROLDÁN L. E. L. L. Ilícitud del narcotráfico en Colombia ¿Iniciativa local o imposición extranjera? (Periódico online). *Revista Estudios de Derecho*, vol. 64, n° 143, 2007.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio deste, solicitar a sua participação no projeto de pesquisa intitulado “**Estudo dos indicadores de saúde mental de usuários de drogas na fronteira de Mato Grosso do Sul**” que será desenvolvido pela pesquisadora Leysianne Pereira Martins, aluna do Programa de Pós-graduação em Estudos Fronteiriços, sob a orientação do professor Dr. Luís Fernando Galvão, vinculados a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) /Campus do Pantanal (CPAN). A pesquisa tem como objetivo avaliar indicadores de Saúde Mental e a Qualidade de Vida de usuários de drogas sob tratamento ambulatorial na fronteira de Mato Grosso do Sul. Para tanto será necessário que o participante da pesquisa responda inicialmente a algumas questões sobre sua vida e, posteriormente, responda a questões que serão apresentadas por 5 instrumentos de avaliação psicológica.

- Sua participação será voluntária e você poderá desistir de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo por isso.
- Os instrumentos da pesquisa: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); Inventário de Depressão Beck (Beck Depression Inventory – DBI); Inventário de Ansiedade Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI); Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) instrumento para avaliar se o sujeito apresenta Transtorno de Sofrimento Mental Comum; e Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (Short Form - SF-36).
- Os instrumentos serão aplicados individualmente na própria instituição em sala reservada, a partir do procedimento de aplicação assistida, na qual a pesquisadora deverá ler as sentenças dos instrumentos e assinalar no campo específico a resposta verbalizada pelo participante. O modo de aplicação será a mesma para todos os participantes e caso tenha alguma dúvida, poderá perguntar à pesquisadora.
- Neste procedimento, não existe resposta certa ou errada. Sendo que a opinião do participante será sempre respeitada.
- Os participantes obedecerão aos critérios de inclusão, usuários de drogas, acima de 18 anos, que estão em tratamento ambulatorial no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad), orientados e conscientes, sem indicadores de Transtorno Mental Grave, apresentando condições de responder por si próprio. Assim, a amostra da pesquisa não se constituirá de população vulnerável.
- Os participantes serão livres para responder a pesquisa, caso fiquem constrangidos com alguma questão poderá informar a pesquisadora, sendo assim, informamos que os mesmos podem abandonar a pesquisa, por qualquer razão e em qualquer momento, sem que haja prejuízo, penalidade ou desconforto por isso.
- Asseguramos que não haverá, sob nenhuma circunstância, a divulgação de identidades dos participantes, todas as informações fornecidas serão tratadas com o máximo sigilo

pela acadêmica, e os dados coletados estarão disponíveis somente para revisão da pesquisadora e para publicações com propósitos científicos.

- Após a realização deste estudo, os participantes serão informados acerca dos resultados obtidos.
- A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade dos participantes, obedecendo aos Critérios da Ética de Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 466/12 CNS/MS, Conselho Nacional de Saúde de Mato Grosso do Sul.
- Os participantes desta pesquisa não terão nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo contribua com o desenvolvimento de ações voltadas para a temática das drogas, levando em consideração a realidade presente em regiões fronteiriças.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi impresso em duas vias idênticas, igualmente assinadas, uma delas o participante levará consigo e a outra via será arquivada pela pesquisadora responsável.

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e livremente consinto em participar voluntariamente da mesma. Declaro ainda, ser maior de 18 anos.

Data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura: _____

Eu, Leysianne Pereira Martins, CRP 05453-7, pesquisadora responsável, declaro ter disponibilizado as informações necessárias para compreensão da pesquisa ao participante acima assinado, explicando-lhe a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa. Além disso, respondendo todas as questões que foram feitas e testemunhado a assinatura acima.

Data: ___/___/____.

Assinatura: _____

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso à pesquisadora para esclarecimento de eventuais dúvidas. Nesse caso, entre em contato pelo telefone (067) 3907-5427/3907-5476, ou e-mail: leysi_pereira@hotmail.com.

APÊNDICE B

ROTEIRO

TRATAMENTO: ()INTENSIVO ()SEMI-INTENSIVO ()NÃO
INTENSIVO

SEXO:

IDADE:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

CASO NÃO SEJA DE CORUMBÁ, QUAL MOTIVO DE ESTAR NO MUNICÍPIO?

ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO:

IRMÃOS:

ESTADO CIVIL:

CÔNJUGE:

FILHOS:

PROFISSÃO:

TRABALHA ATUALMENTE?

COM QUEM MORA?

A PROCURA PELO TRATAMENTO FOI ESPONTÂNEA? ()SIM ()NÃO

SE NÃO, FOI ENCAMINHADO POR QUEM?

DEPENDÊNCIA: ()DROGAS ()CRUZADO (ÁLCOOL E DROGAS)

COM QUANTOS ANOS INICIOU O USO DE DROGAS?QUAL?

ALGUÉM DA FAMÍLIA FAZ O USO DE DROGAS?QUEM?

TRATAMENTO ANTERIOR:

COMO PERCEBE A FRONTEIRA?

HÁ INFLUÊNCIA DA FRONTEIRA NA ADICÇÃO?

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo dos indicadores de saúde mental de usuários de drogas na fronteira do Mato Grosso do Sul

Pesquisador: Leysianne Pereira Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52956416.9.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.469.230

Apresentação do Projeto:

Estudo dos indicadores de saúde mental de usuários de drogas na fronteira do Mato Grosso do Sul

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de delineamento correlacional, cujo objetivo é verificar se as variáveis fronteiriças (ambientais, sociais, econômicas, culturais e políticas) produzem efeitos significativos sobre os indicadores de saúde mental (estresse, depressão, ansiedade, sofrimento mental) e qualidade de vida de usuários de drogas sob tratamento ambulatorial em regiões fronteiriças (Corumbá/MS e Ponta Porã/MS) e região não fronteiriça (Campo Grande/MS). Sabe-se que o uso abusivo de drogas é considerado um problema de saúde pública e acarreta diversas consequências (físicas, psicológicas e sociais) para a vida dos usuários, porém quando pensado à luz da fronteira é encarado com um problema de segurança pública, por esta região ser vista, especialmente, como rota de passagem de drogas para os grandes centros. Entretanto, o presente estudo pretende-se tratar a fronteira na perspectiva da saúde, se as variáveis desta região interferem na saúde mental e qualidade de vida dos usuários de drogas, para isso é necessário pensar a fronteira sob a dimensão simbólica proposta por Pesavento (2002), a forma como usuário percebe e vivencia a fronteira. Contudo, a região de fronteira apresenta características peculiares, como: a facilidade de obtenção de drogas e os preços baixos que a

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.469.230

torna como uma região com um número crescente de usuários de drogas, fazendo com que estes estabeleçam uma relação peculiar com esta região. Assim, podemos pensar que usuários de drogas podem ter prejuízos significativos no âmbito da saúde mental, não só devido o uso abusivo de drogas, mas também em virtude do conjunto de variáveis (ambientais, sociais, econômicas, culturais e políticas) presentes em seu ambiente de convivência – a região de fronteira. E isso será avaliado a partir de instrumentos psicológicos padronizados e validados cientificamente aplicados em usuários de drogas que se encontram em tratamento ambulatorial em regiões de fronteira e região não fronteiriça, para que seja possível estabelecer uma comparação e indicar se de fato as variáveis da fronteira interferem na saúde mental e qualidade de vida dos usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador:

Objetivo Primário: Verificar se as variáveis fronteiriças produzem efeitos significativos sobre os indicadores de saúde mental e qualidade de vida dos usuários de drogas sob tratamento ambulatorial.

Objetivo Secundário: a) Delinear o perfil dos participantes. b) Avaliar a qualidade de vida e os indicadores de saúde mental das amostras, tais como: b.1) o nível de stress b.2) o nível de depressão b.3) o nível de ansiedade b.4) a presença ou ausência de Transtorno de Sofrimento Mental Comum c) Comparar e estimar a diferença entre os níveis dos indicadores de saúde mental e de qualidade de vida das amostras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade, liberdade e autonomia dos participantes, obedecendo aos Critérios da Ética de Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução n° 466/12 CNS/MS, Conselho Nacional de Saúde de Mato Grosso do Sul. Os participantes serão livres para responder a pesquisa, caso fiquem constrangidos com alguma questão poderá abandonar a pesquisa, por qualquer razão e em qualquer momento, sem que haja prejuízo ou desconforto.

Benefícios: Os participantes desta pesquisa não terão nenhum benefício direto e imediato. Entretanto, espera-se que este estudo corrobore com o delineamento de ações voltadas para a

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.469.230

temática das drogas, levando em consideração a realidade presente em regiões fronteiriças.

* Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante ao tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou todas as anuências pertinentes ao estudo proposto.

Recomendações:

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as solicitações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_657400.pdf | 03/03/2016 21:52:39 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjdePesq_PlataformaBrasil_pend_corr ig.pdf | 03/03/2016 21:49:51 | Leysianne Pereira Martins | Aceito |
| Outros | TermosdeAnuencia.pdf | 01/02/2016 19:21:41 | Leysianne Pereira Martins | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 01/02/2016 17:33:06 | Leysianne Pereira Martins | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto.pdf | 01/02/2016 17:29:59 | Leysianne Pereira Martins | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110

UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



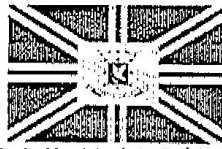
Continuação do Parecer: 1.469.230

CAMPO GRANDE, 29 de Março de 2016

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde

Autorização Para Submeter ao Comitê de Ética

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora LEYSIANNE PEREIRA MARTINS está autorizada a realizar a pesquisa intitulada "ESTUDO DOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DE DROGAS NA FRONTEIRA DO MATO GROSSO DO SUL".

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética, conforme Resolução 466/12, entrega e ciência desta Secretaria da aprovação, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 27 de janeiro de 2016.


Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

Heide Dalme Pires da Rocha Furtado
Assessora Técnica
Coordenadoria de Convênios e
Cooperação Mútua/DPGS/SESAU
Campo Grande - MS



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
 PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA PORÃ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ALCOOL E DROGAS (CAPS ad)
 Avenida Brasil, 3759 – Centro – Telefone: (67) 3431-8423

Ponta Porã/MS, 25 de janeiro de 2016

Ao
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Anibal Maldonado de Nara, responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial – Alcool e Drogas (CAPS ad) do município de Ponta Porã/MS vinculado a Secretaria Municipal de Saúde, CNPJ: 03.434.792/0001-09, venho por meio desta informar a este Comitê de Ética que autorizo a pesquisadora Leysianne Pereira Martins aluna do Programa de Pós-graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campus do Pantanal (CPAN), a realizar/desenvolver a pesquisa intitulada “Estudo dos indicadores de saúde mental de usuários de drogas na fronteira do Mato Grosso do Sul”, sob orientação do Prof. Dr. Luis Fernando Galvão, que tem como objetivo avaliar indicadores de Saúde Mental e a Qualidade de Vida de usuários de drogas sob tratamento ambulatorial na fronteira do Mato Grosso do Sul

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos participantes da pesquisa, os quais serão pacientes conscientes e orientados, sem indicadores de Transtorno Mental Grave e que apresentam condições de responder por si, além de dispor de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Anibal Maldonado de Nara
 Coordenador CAPS
 Cons. na rua

CAPS

Parque de Exposições, 92
 CEP: 7904-070 - Ponta Porã MS



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua: Gabriel Vandoni de Barros, 01 – Dom Bosco – Telefone: (67) 3234-3506

Corumbá/MS, 29 de Janeiro de 2016.

Ao
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Autorização para realização de pesquisa

Eu, Sílvia Segóvia Araújo Freire, responsável pelo Núcleo de Saúde Mental do município de Corumbá/MS vinculado a Secretaria Municipal de Saúde, CNPJ: 03.330.461/0001-10, venho por meio desta informar a este Comitê de Ética que autorizo a pesquisadora Leysianne Pereira Martins aluna do Programa de Pós-graduação Mestrado em Estudos Fronteiriços da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campus do Pantanal (CPAN), a realizar/desenvolver a pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) do município de Corumbá/MS, pesquisa esta intitulada “Estudo dos indicadores de saúde mental de usuários de drogas na fronteira do Mato Grosso do Sul”, sob orientação do Prof. Dr. Luís Fernando Galvão, que tem como objetivo avaliar indicadores de Saúde Mental e a Qualidade de Vida de usuários de drogas sob tratamento ambulatorial na fronteira do Mato Grosso do Sul.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos participantes da pesquisa, os quais serão pacientes conscientes e orientados, sem indicadores de Transtorno Mental Grave e que apresentam condições de responder por si, além de dispor de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

“Assinatura e carimbo do responsável institucional”

Sílvia S. Araújo Freire
 Chef. do Núcleo de Saúde
 Mental
 Portaria "P" 478/2013