

3. A (Des)Atenção às Crianças e Adolescentes Usuários de Crack de Manaus

Patricia Constantino
Luciana Alencar Peixoto

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CONSTANTINO, P., and PEIXOTO, L.A. A (Des)Atenção às Crianças e Adolescentes Usuários de Crack de Manaus. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 69-112. ISBN: 978-85-7541-554-2.
<https://doi.org/10.7476/9788575415542.0005>.



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

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

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

3

A (Des)Atenção às Crianças e Adolescentes Usuários de Crack de Manaus

Patricia Constantino
Luciana Alencar Peixoto

Este capítulo tem como objetivo mapear as ações destinadas à atenção a crianças e adolescentes usuários de crack ou cujos pais/responsáveis utilizam esta substância no município de Manaus, principal centro financeiro, corporativo e econômico da região Norte do Brasil. Serão apresentados dados socioeconômicos da cidade, destacando-se o uso de drogas no território. A institucionalização de crianças e adolescentes por uso de crack e/ou pelo uso de seus pais/responsáveis será aqui analisada, assim como a visão de gestores, profissionais das áreas da saúde, assistência social e justiça. Destacam-se também no capítulo a representação de adolescentes e mães de usuários sobre o consumo e seus efeitos e a avaliação das instituições e serviços destinados aos usuários de crack e seus familiares.

A CIDADE DE MANAUS

Manaus, capital do estado do Amazonas, é uma cidade portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões. É uma das cidades brasileiras mais conhecidas mundialmente, principalmente pelo seu potencial turístico, o que faz do município o décimo maior destino de turistas no Brasil. Destaca-se pelo seu patrimônio arquitetônico e cultural, com numerosos templos, palácios, museus, teatros, bibliotecas e universidades.

É a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, com uma população de 1.861.838 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2012, sendo também a 131ª metrópole mais populosa do mundo. Manaus aumentou gradativamente a sua participação no produto interno bruto (PIB) brasileiro nos últimos anos, passando a responder por 1,4% da economia do país. No ranking da revista América Economía, Manaus aparece como uma das 20 melhores cidades no ramo de negócios da América Latina, ficando à frente de capitais nacionais, como São Salvador, Caracas e La Paz.

Originalmente fundada em 1669 com o forte de São José do Rio Negro, foi elevada à vila em 1832 com o nome de Manaus, em homenagem à nação indígena dos manaós, sendo legalmente transformada em cidade no dia 24 de outubro de 1848, com o nome de Cidade da Barra do Rio Negro. Somente em 1856 voltou a ter seu nome atual. Ficou conhecida no começo do século XX, na época áurea da borracha, quando foi batizada como “Coração da Amazônia” e “Cidade da Floresta”. Atualmente seu principal motor econômico é o Polo Industrial de Manaus.

Sexta cidade mais rica do Brasil, Manaus possui a maior região metropolitana do norte do país e a décima do Brasil, com 2.210.825 habitantes (IBGE, 2011). Apesar de sua relevância histórica, populacional e econômica, Manaus apresenta grandes disparidades intramunicipais.

O espaço urbano de Manaus, como a maioria dos municípios brasileiros, é extremamente desigual, e a perversidade dessa desigualdade é que ela é completamente explícita. Praticamente não existe barreira alguma (nem mesmo ruas) que dividem esses espaços. Assim, realidades em desenvolvimento humano só encontradas em países de terceiro mundo convivem, lado a lado, com outras que, muitas vezes, ultrapassam os parâmetros dos países mais desenvolvidos. Se são regiões desiguais em renda, são mais ainda em indicadores sociais e principalmente educação. (Amazonas, 2005)

Manaus ocupa o 850º lugar no ranking nacional do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM = 0,737 em 2010). Entre 2000 e 2010, o maior crescimento foi em educação (0,215), seguido por longevidade e renda. Em 2000, as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) de Manaus (81 unidades espaciais análogas aos bairros dentro do município) com IDH mais alto tinham o mesmo valor da Noruega, país com o mais

alto índice segundo a Organização das Nações Unidas (ONU). Entretanto, as UDHS do município com os índices mais baixos aproximam-se do valor encontrado para a Bolívia.

Educação

Em Manaus, assim como no Amazonas e no Brasil, a dimensão com o subíndice mais alto é educação. Um dos indicadores levados em conta no IDHM Educação é a taxa de analfabetismo das pessoas acima de 15 anos, entendendo-se por analfabeto aquele que se declara incapaz de ler e escrever um bilhete simples, conforme a definição para a pesquisa do Censo.

Observando inicialmente o percentual das pessoas de 15 anos e mais, com menos de quatro anos completos de estudo, chamados analfabetos funcionais, nota-se que, enquanto o total de analfabetos do município de Manaus é de 6%, a taxa de analfabetismo funcional é quase três vezes maior, 17%, o que representa um contingente de 161 mil pessoas.

Em 63% das UDHS, as taxas são melhores ou iguais à taxa de Manaus (17%), que, por sua vez, é o município do Amazonas com a taxa mais baixa. Contudo, em 14 UDHS, a taxa de analfabetismo funcional está acima de um quarto da população de 15 anos e mais.

Se o IDHM fosse calculado com as taxas de alfabetização funcional, o índice de Manaus, como o de todas as suas UDHS, cairia de modo expressivo, principalmente naquelas em que o IDHM já era mais baixo. O número de UDHS na categoria médio-médio aumentaria (de 14 para 23 UDHS), diminuindo a participação das categorias médio-alto (de 44 para 41 UDHS) e alto (de 24 para 17 UDHS).

Quanto à taxa de analfabetismo fundamental da população adulta (pessoas de 25 anos e mais que têm menos de oito anos de estudo), Manaus é o município com a melhor taxa do estado, que, porém, chega quase à metade de sua população adulta (49%). Em 53% das UDHS, o índice é ainda mais alto. Portanto, na maioria das UDHS, a taxa de analfabetismo fundamental corresponde a mais de 50% das respectivas populações adultas. Constituem um contingente de 303 mil pessoas, ou seja, superior ao triplo da população total do município de Parintins. Entretanto, constata-se uma queda do número de pessoas com mais de 15 anos analfabetas: em 1991, 8,5% da população com essa faixa etária não era alfabetizada. Esse número caiu para 5,6% em 2000 e 3,9% em 2010.

Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil em Manaus no ano de 2010 foi de 14,2 para cada 1.000 nascidos-vivos, menor que a do estado do Amazonas (17,1) e menor que a taxa nacional (16,7).

Renda

Em 2000, a renda familiar per capita de Manaus era de R\$ 262,40, o que o classificava na 864ª posição entre todos os municípios brasileiros. Esse valor estava bem acima do verificado para o estado do Amazonas (R\$ 173,92) e mais próximo à média encontrada para o país (R\$ 297,23). A desigualdade social manifesta-se claramente: em 2000, as UDHS Nossa Senhora das Graças - Vieiralves, Adrianópolis e Flores - Parque das Laranjeiras tinham as maiores rendas per capita do município, R\$ 1.356,87. Esse valor era 16 vezes maior que a menor renda per capita das UDHS Jorge Teixeira - Val Paraíso e Chico Mendes (R\$ 86,00). Nesse ano, verificou-se também que 40% das UDHS apresentavam renda per capita menor que a média do estado do Amazonas, 62% menor que a média de Manaus e 70% menor que a média do Brasil.

Para o município de Manaus, a desigualdade aumentou, como mostra a observação de qualquer um dos indicadores de desigualdade de renda considerados (Gini, Theil e relação 20/40). Considerando que o Brasil apresenta uma das piores desigualdades de renda do mundo, os indicadores de Manaus são praticamente iguais aos do país pelo Gini e pela relação 20/40. Em 2000, enquanto para o Brasil o Gini era de 0,65, e a relação 20/40 (quanto, em média, os 20% mais ricos ganham em relação aos 40% mais pobres) era de 21 vezes, em Manaus esses indicadores eram respectivamente de 0,64 e de 20 vezes.

Outra forma de abordar a questão da desigualdade na distribuição de renda do município como um todo é por meio da apropriação da renda por estratos da população. Em 2000, 20% mais pobres da população apropriam-se de apenas 1,6% da renda gerada no município, os 20% mais ricos ficavam com 68%. Subdividindo esse grupo, observa-se que apenas os 10% mais ricos detinham mais da metade, ou 52%.

Tomando-se então a proporção de pobres, consideradas assim as pessoas que vivem com menos de meio salário mínimo no ano 2000 (R\$ 75,50), constata-se que eles representam uma proporção de mais de um terço da população de Manaus, um contingente de 445 mil pessoas; desse total, 209 mil podem ser consideradas indigentes (viviam com menos de um quarto do salário,

R\$ 37,75) – contingentes bem superiores à população total de qualquer um dos outros municípios do Amazonas.

Acrescenta-se a esse quadro da pobreza dois fatos: primeiro, ela aumentou substancialmente durante a década de 1990, tendo passado de 24% em 1991 para 35% em 2000. Segundo, o percentual de indigentes dobrou durante esse mesmo período (8% para 17%).

Dados mais recentes sobre o Amazonas mostram que é o estado com a 11ª menor renda domiciliar per capita do país (Censo Domiciliar 2000-2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE). O Censo Demográfico 2010 indica que, apesar de uma renda média de R\$ 668,00, 25% das pessoas tinham rendimento médio nominal mensal domiciliar per capita de até R\$188,00, e metade da população recebia até R\$ 375,00, valor inferior ao salário mínimo em 2010 (R\$ 510). Entre os municípios das capitais brasileiras, mantém-se a tendência histórica de melhores níveis de rendimento domiciliar per capita nos estados das regiões Sul e Sudeste. Os valores dos rendimentos domiciliares per capita médios de Manaus representavam em 2010, 40% do rendimento observado em Florianópolis. Tais informações indicam que, mesmo tendo havido mudanças sociais e econômicas no Brasil na última década, com redução das camadas mais pobres da população, a cidade de Manaus continua com padrão socioeconômico inferior ao observado em boa parte do país. Este quadro de forte desigualdade social ajuda a entender o frágil atendimento dispensado às crianças, adolescentes e famílias em situação de uso de crack, apresentado mais adiante.

Questões relativas às drogas lícitas e ilícitas

O V Levantamento sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Cebrid), em 27 capitais brasileiras (Gálduroz et al., 2005), mostra que 23,7% dos estudantes entrevistados em Manaus usaram drogas (excluindo álcool e tabaco) na vida. Importante notar que o percentual de Manaus é maior que a média das capitais da região Norte (21,6%) e maior do que a média brasileira (22,6%). Na região Norte, Manaus perde apenas para Boa Vista (27,6%). O uso na vida analisado por faixa etária apresenta Manaus com percentuais maiores que a média da região: 10-12 anos (13,6%); 13-15 anos (24,4%) e 16-18 anos (25,7%). O uso no ano aparece em 19,8% dos estudantes, novamente com percentual acima da média das capitais do Norte

(18,2%) e da média nacional (19,6%). O uso no mês segue a mesma tendência: Manaus (15,8%) com o segundo percentual mais alto da região Norte, menor apenas que Boa Vista (17,3%), acima da média das capitais da região (13,8%) e da média nacional (14,8%). Já em relação ao uso frequente, a tendência muda e Manaus apresenta percentual similar à média da região Norte (2,4%) e menor que a média brasileira (3%).

Os dados levantados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – Pense (2009) sobre o uso de drogas, tais como: maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy, evidenciam que 8,7% dos escolares já experimentaram alguma dessas substâncias ilícitas, sendo o maior percentual encontrado na capital Curitiba (13,2%) e o menor em Macapá (5,3%). Em Manaus o uso de drogas ilícitas na vida alcançou o percentual de 7,5%.

Um estudo realizado com estudantes universitários do Amazonas (Lucas et al., 2006) mostra que as drogas psicotrópicas mais utilizadas foram as legais. O uso na vida de álcool foi relatado por 87,7% dos estudantes, não havendo diferença significativa entre o consumo por alunos do sexo feminino e masculino. O uso na vida de tabaco foi relatado por 30,7% dos estudantes, sendo maior entre estudantes do sexo masculino. Já entre as drogas psicotrópicas ilegais, as mais usadas na vida foram solventes (11,9%), maconha (9,4%), anfetamínicos (9,2%), cocaína (2,1%) e alucinógenos (1,2%). Também foi mencionado por 2,1% dos estudantes a utilização de esteroides e anabolizantes. As faixas etárias com as maiores proporções de uso inicial da droga foram as de: 16 a 18 anos para álcool e tabaco; acima de 18 anos para ansiolíticos, solventes, anfetamínicos e cocaína; e para maconha a proporção se dividiu igualmente entre essas duas faixas.

O Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, realizado pelo Cebrid e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), mapeou em Manaus, em 2003, instituições que ofereciam assistência a crianças e adolescentes em situação de rua (Noto, 2003). Foram realizadas 234 entrevistas. Em relação às drogas utilizadas, o tabaco foi a droga com os maiores índices (62,1% no ano e 44,8% no mês), seguido pelas bebidas alcoólicas (59,1% no ano e 37,5% no mês). Entre os solventes/inalantes, predominou o uso da cola (29,3% no ano e 19% no mês). Em relação às drogas ilícitas, o consumo de cocaína e derivados apareceu com 10,8% no ano e 5,6% no mês. O uso de crack ocorreu em três casos (1,3%) no ano e em dois casos (0,9%) no mês.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009) analisou a evolução do número de internações, para todas as faixas etárias, decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes no período de 2001 a 2007. As menores taxas de internação foram observadas nas capitais da região Norte e variaram de 2,6 internações por 100.000 habitantes (Macapá) a 20,6/100.000 hab. (Rio Branco). Entre todas as capitais do país, apenas cinco apresentaram tendência de crescimento de internações: Manaus, Boa Vista, Fortaleza, João Pessoa e São Paulo. Uma análise sobre o número de leitos psiquiátricos no Sistema Único de Saúde (SUS) em hospital geral mostrou que em Manaus, em 2008, não havia nenhum leito disponível.

Em relação à mortalidade decorrente do uso de drogas, o relatório aponta que as capitais com maior número absoluto de óbitos são: São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília. Manaus é a capital da região Norte que mais contribui para o total de óbitos. No período de 2001 a 2007, Manaus somou 197 óbitos em decorrência do uso de drogas, representando 2,1% dos óbitos do país por essa causa. Esse número perfaz 0,4% dos óbitos por todas as causas ocorridas no somatório dos anos (2001 a 2007). Esse percentual é igual à média da região Norte e muito próximo da média nacional (0,5%).

O documento sobre uso de drogas analisou ainda os crimes de posse e tráfico de drogas. Em relação à posse de drogas para o consumo, o período analisado foi de 2004 a 2007. No estado do Amazonas foram registradas 739 ocorrências no somatório dos anos. Esse número corresponde a 21,3 ocorrências por 100.000 habitantes, número maior que a média da região Norte, que é de 16,4/100.000 hab. O número de ocorrências por esse delito no Amazonas correspondeu a 0,8% do total de crimes no período. Tal percentual foi o segundo mais alto da região Norte (perde apenas para Rondônia – 0,9%) e é maior que a média da região Norte (0,6%).

No que concerne ao tráfico de drogas, o estado do Amazonas apresentou 954 ocorrências no período de 2001 a 2007. Esse número corresponde a 7,4 ocorrências por 100.000 habitantes, menor que a média da região Norte, que é 12,0/100.000 hab. O tráfico de drogas no Amazonas durante o período estudado correspondeu a 0,3% do total de crimes (menor que a média da região que representa 0,4%). No entanto, percebeu-se um aumento desse tipo de crime no ano de 2007.

Em Manaus, o número total de crimes de posse de drogas no período correspondeu a 0,9%; no ano de 2007 essa relação foi a menor do período – 0,5%.

O tráfico de drogas teve uma participação ainda menor: 0,3% do total de crimes do período – menor que a média das capitais do Norte (0,4%) e do Brasil (0,6%). A taxa de ocorrências por tráfico de drogas em Manaus é de 12,8 por 100.000 habitantes – bem menor que a média das capitais da região Norte (20,1/100.000 hab.) e a média nacional (25,3/100.000 hab.).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas também analisou a apreensão de drogas com base nos dados fornecidos pela Polícia Federal. No que diz respeito à cocaína e seus derivados, São Paulo se destaca das demais unidades da federação, apresentando maior quantidade capturada durante o período, mas alguns estados registraram apreensão significativa: Amazonas, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Goiás, Ceará e Minas Gerais com apreensão superior a 2.000 kg no somatório do período. O estado do Amazonas mostrou tendência de aumento, passando da apreensão de 347,7 kg em 2001 para 2.455,3 kg em 2007, configurando-se como os percentuais mais elevados da região Norte.

No Brasil observou-se um aumento acentuado na apreensão de crack em 2007. Esse aumento ocorreu em todas as regiões exceto na região Norte. No Amazonas não foi registrado nenhuma captação de crack no período de 2001 a 2007. Em junho de 2010, noticiou-se o que seria a primeira apreensão de crack de Manaus.

Destacam-se na região, predominantemente no Amazonas, Pará e Acre as apreensões de pasta base de cocaína. No estado do Amazonas foi confiscada a maior quantidade de pasta base no período de 2001 a 2007 (650,9 kg). É importante mencionar que em uma única operação em agosto de 2012, foram encontrados 180 kg de pasta base em um barco em Manaus (acrítica.com, 10 ago. 2012).

O estado do Amazonas conforma uma dupla fronteira tríplice do limite internacional do Brasil com Venezuela e Colômbia, e do Brasil com Colômbia e Peru. De acordo com o superintendente da Polícia Federal do Amazonas, Sérgio Fontes, na chamada borda fronteira, encontram-se as três principais cidades que participam da rota internacional de tráfico de entorpecentes: Tabatinga e Tefé (no Alto e Médio Solimões) e São Gabriel da Cachoeira (no rio Negro). A droga proveniente da Colômbia é trazida por traficantes, que se estabelecem nas cidades de Tabatinga e Letícia e é geralmente enviada a Manaus por barco. Quando a pasta base e/ou a maconha chegam à cidade, é processada para ser distribuída ao restante do país.

MAPEAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO ÀS QUESTÕES RELACIONADAS SO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (Brasil, 2009) apresenta as instituições governamentais e não governamentais destinadas ao atendimento de pessoas com problemas referentes ao uso de substâncias legais e ilegais, mapeadas pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas em 2006/2007. No estado do Amazonas estão, segundo o mapeamento, 241 instituições, o que corresponde a 2,7% do número total do país. Na região Norte localizam-se 9% das instituições e na Centro-Oeste estão apenas 5%. No Sudeste está a maioria das unidades (47%). As regiões Sul (19%) e Nordeste (20%) apresentam valores intermediários.

Segundo o mesmo relatório, a maior parte das instituições do país tem como projeto a autoajuda (6.367 instituições – 70% do total das entidades mapeadas). Nos estados do Norte e Nordeste registram-se os maiores percentuais de instituições com foco na autoajuda que se pautam nos fundamentos do Programa de Recuperação de Alcoólicos Anônimos (AA). Importa salientar que a região Norte apresenta a menor porcentagem de instituições com atividades de prevenção (5%), tem poucas unidades para tratamento que realizam atividades de ensino e pesquisa, além de possuir menor número de Programas de Redução de Danos Sociais e da Saúde, em comparação com as outras regiões brasileiras. Nota-se, portanto, a evidente fragilidade do atendimento para usuários de drogas nessa região.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011) avaliou seis Comunidades Terapêuticas em Manaus. Em 2010, cinco delas recebiam adolescentes, no entanto, somente uma atendia exclusivamente adolescentes: o Sítio Esther, que recebia meninas de 12 a 18 anos. Todas as outras atendiam homens a partir de 15 anos de idade. Apenas duas comunidades tinham o título de utilidade pública municipal e/ou estadual, quatro unidades mantinham convênio com a Secretaria Estadual de Assistência Social e uma alegou estar conveniada também com a Secretaria de Saúde. Todas as comunidades eram de origem religiosa.

O CFP encontrou inúmeras irregularidades em todas as unidades, entre elas o desrespeito às crenças religiosas e o uso de mão de obra não remunerada. A fragilidade do atendimento técnico também foi apontada: duas delas não tinham equipe técnica e nas demais o atendimento era pontual, apenas com uma visita semanal. Nas quatro comunidades que atendiam adolescentes e adultos, não havia espaço exclusivo para os adolescentes e as atividades

escolares não eram garantidas. Em três delas havia indícios de internação compulsória. A metodologia dos Doze Passos, utilizada no AA, estava presente em todas as unidades.

Das seis comunidades visitadas pelo CFP, uma havia sido fechada em 2011 (no momento do trabalho de campo da pesquisa) e apenas a que atendia jovens continuava aceitando essa clientela. A seguir apresenta-se uma descrição de uma comunidade que recebeu a avaliação do CFP e que foi visitada na pesquisa em foco.

A comunidade pertence à Sociedade Beneficente Cristã do Amazonas; possui convênio com a Secretaria Estadual de Assistência Social; possui voluntários que desenvolvem atividades no local; valor pago mensalmente pode chegar até R\$ 700,00; há recebimento de doações de alimentos. Tem como proposta de cuidado o Programa “Amor Exigente” e o livro Código da Inteligência, de Augusto Cury; não foi identificada articulação estruturada com Políticas de Assistência Social, mesmo tendo convênio com a SEAS [Secretaria Estadual de Assistência Social]; usuários desempenham atividades laborais, dividindo-se em equipes para os cuidados com a horta, com os animais que são criados no local, com a casa e o preparo dos alimentos; quando as regras da comunidade são desobedecidas, há a tentativa de sensibilização por meio do diálogo, mas é prevista a suspensão de atividades de lazer e o aumento de algumas das atividades laborais; atendimento psicológico não é oferecido. A avaliação do CFP aponta condições indignas de assistência (os quartos não possuem janelas e, com isso, não há iluminação natural nem ventilação adequada, higienização inadequada); uso de mão de obra não remunerada e metodologia de cuidado contrária às normas do Ministério da Saúde; desrespeito à escolha ou ausência de credo; apropriação indébita de documentos; medicamentos armazenados em caixa, guardada nos pertences do responsável pela unidade; a estrutura física da entidade apresenta condições precárias de funcionamento. As pessoas internadas relataram que dormem em redes, camas e até em colchões no chão, pois não há camas para todos; internos reclamam da falta de acompanhamento psicológico e de acompanhamento médico. Não há equipe de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem); durante a internação, os internos não têm acesso a seus documentos de identificação (RG, CPF, etc.), que ficam em poder da instituição no escritório central, em Manaus; somente os familiares podem visitar os usuários, quinzenalmente; indícios de situações de constrangimento e vexatórias: homossexual saiu da instituição por pressão do pastor responsável. (CFP, 2011)

É importante registrar que, em visita realizada por nossa equipe durante a pesquisa à comunidade descrita, algumas mudanças foram percebidas: o atendimento psicológico que era inexistente passou a acontecer uma vez por semana; um pequeno prédio estava sendo construído para atender exclusivamente os adolescentes e a estrutura física estava muito bem cuidada, inclusive a dos dormitórios. No entanto, algumas irregularidades apontadas pelo CFP puderam ser confirmadas na fala do adolescente entrevistado: ausência de atividades escolares e comunitárias e fragilidade do atendimento médico.

A rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas no SUS também foi mapeada no Relatório Brasileiro de Drogas. Em 2009, o Brasil contava com 57% de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Em 17 estados brasileiros a cobertura Caps foi considerada boa ou muito boa, e apenas o estado do Amazonas apresenta cobertura insuficiente ou crítica. O indicador por região revela que a cobertura da região Sul é muito boa (76%); do Nordeste (68%) e Sudeste é boa (50%); do Centro-Oeste é regular/baixa (44%) e do Norte é baixa (35%). Já em dezembro de 2012, o estado do Amazonas contava com cinco Caps I, quatro Caps II e um Caps III. Tinha apenas um Caps I e não havia nenhum Caps ad. Destes, apenas dois Caps I e o Caps I estão localizados em Manaus. Na capital não há leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Pode-se, desde já, depreender a escassez de serviços para atender os usuários de drogas da cidade.

Relatam-se no documento as seguintes unidades de saúde em Manaus, distribuídas nos distritos de saúde: saúde da família (167 polos); unidades básicas de saúde (52); policlínicas (9); saúde rural (21 polos); centro de especialidade odontológica (5); hospitais (32); leitos hospitalares (3.175); leitos clínicos (964); leitos obstétricos (675); leitos pediátricos (549); leitos cirúrgicos (987); Caps I (2); Caps I (1), inaugurado em dezembro de 2012, voltado para o atendimento exclusivo de crianças e adolescentes (até 16 anos) portadores de transtornos mentais graves e persistentes, ou usuários de crack, álcool e outras drogas. Há diferente distribuição de serviços entre os distritos de saúde da cidade.

Algumas ações relacionadas ao uso de crack começaram a ser desenvolvidas em 2012. A Secretaria Municipal de Saúde promoveu, no segundo semestre desse ano, um curso de capacitação para os médicos da Estratégia Saúde da Família:

Como parte das ações que estão sendo executadas pela Prefeitura de Manaus para estruturar a rede de atendimento aos dependentes químicos (de crack, álcool e outras drogas), a Secretaria Municipal de

Saúde (Semsa) promove (...) um curso de aperfeiçoamento, voltado para médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família. O curso será realizado por meio de parceria da Semsa com o Centro Regional de Referência na Formação Permanente para o Atendimento aos Usuários de Crack e Outras Drogas do Estado do Amazonas (CRRFP-AM/Ufam) e Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos (Sejus). O secretário municipal de Saúde, Francisco Deodato, afirma que a capacitação e a sensibilização dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, considerada a principal porta de entrada da Atenção Primária, no SUS, é de fundamental importância no processo de organização da rede de atendimento aos dependentes químicos. (www.manaus.am.gov.br)

Na área da assistência social, são relatadas as seguintes unidades que, em tese, poderiam atender a clientela dos usuários de drogas: 18 Centros de Referência de Assistência Social (Cras), dois Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), oito Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs) e um Serviço de Acolhimento Institucional Emergencial (SAIE).

O estado do Amazonas conta com o Centro Regional de Referência na Formação Permanente para o Atendimento aos Usuários de Crack e Outras Drogas do Estado do Amazonas (CRRFP-AM/Ufam) e com o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos (Sejus).

Em fevereiro de 2013, o governo do Amazonas e a Prefeitura de Manaus iniciaram o processo de adesão ao programa federal Crack, É Possível Vencer. De acordo com a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), dos 62 municípios do Amazonas, em 35 deles foi constatado o uso da droga em 2012. O programa tem objetivo de prevenir o consumo de drogas, realizar tratamento médico, combater o tráfico e reabilitação social. A meta proposta era implantar as ações na capital em 2013.

OS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK ACOLHIDOS E SUAS FAMÍLIAS

A pesquisa apresentada neste capítulo, cuja metodologia está detalhada no Anexo, englobou uma abordagem quantitativa, com a aplicação de questionários nos oito SAIs existentes na cidade, respondidos pelos gestores, versando sobre a atuação dos serviços. Nesses locais, foram ainda preenchidos instrumentos

a partir de dados de prontuários das sete crianças ou adolescentes com uso pessoal ou familiar de crack.

O estudo contou também com abordagem qualitativa, por meio da realização de dez entrevistas com profissionais da Secretaria Estadual de Assistência Social, Secretaria Municipal de Saúde da área da Saúde Mental, programa Portas Abertas da Secretaria Municipal de Assistência Social, Comunidade Terapêutica, Creas, Conselho Estadual de Entorpecentes do Amazonas (Conen), Fiocruz Manaus, Conselho Tutelar e Promotoria da Vara da Infância e Juventude. Também foram entrevistados três adolescentes em programa para população de rua e em Comunidade Terapêutica e dois familiares de crianças e adolescentes que usam crack.

Todos os SAIs investigados atendem crianças, mas apenas seis tinham adolescentes acolhidos. Como se pode constatar na Tabela 1, em apenas um serviço, no momento da entrevista, havia criança com uso de drogas e em dois havia adolescentes. A presença de adolescentes que usam crack foi mencionada por apenas dois serviços. Constatou-se um número maior de pais/responsáveis usuários de drogas em geral, porém o consumo de crack pelos responsáveis foi relatado por apenas um serviço.

Tabela 1 – Serviços de Acolhimento Institucional que atendem crianças e adolescentes e seus responsáveis com história de uso de crack e outras drogas. Manaus – dezembro 2011*

Consumo de drogas	SAIs que atendem crianças (N=8)		SAIs que atendem adolescentes (N=6)	
	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	1	12,5	2	33,3
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	1	16,7
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	7	87,5	4	66,7
Responsáveis com história de uso de crack	0**	-	1	16,7

* Informação dada pelo gestor do serviço.

** Dois SAIs não informaram.

Para verificar o número de crianças, adolescentes e seus responsáveis que utilizam crack nos serviços apresentados, é necessário observar a Tabela 2. Constata-se que existem 282 crianças e adolescentes acolhidos nos oito SAIs visitados: 147 crianças e 135 adolescentes. O uso de variadas drogas foi mencionado para 2,7% das crianças e 7,4% dos adolescentes. O consumo de crack só foi apontado para dois adolescentes. Entre os responsáveis de crianças, a utilização de drogas em geral aparece com maior frequência (13,6%) do que entre adolescentes (5,2%). Responsáveis usuários de crack só foram informados para dois adolescentes.

Tabela 2 – Uso de uso de crack e outras drogas por crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional e por seus responsáveis. Manaus – dezembro 2011

Consumo de drogas	Crianças N=147		Adolescentes N=135		Total N=282	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	4	2,7	10	7,4	14	5,0
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	0,0	2	1,5	2	0,7
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	20	13,6	7	5,2	27	9,6
Responsáveis com história de uso de crack	0	0,0	2	1,5	2	0,7

A baixa frequência de adolescentes usuários de crack (dois) nos SAIs e de seus responsáveis também consumidores desta substância (dois) nas oito unidades visitadas não nos permitiu a realização de entrevistas no momento da visita ao serviço de acolhimento. Em todos os serviços constatamos dois discursos unânimes: o crack não se configura como um problema em Manaus; e o segundo, relacionado ao primeiro, não há nenhuma ação voltada para o atendimento a crianças e adolescentes usuários de crack na cidade. Outra fala muito presente é que crianças e adolescentes com esse perfil não são encaminhados para os SAIs, apesar de termos encontrado alguns poucos casos nessas unidades. O oxí, na opinião dos entrevistados, é mais presente do que o crack, mas a droga predominante no município é a pasta base de cocaína (merla ou mel).

Ainda mais surpreendente foi a afirmação de que o uso de drogas por crianças e adolescentes é pouco expressivo e por esse motivo não é uma prioridade das instâncias públicas. Alguns informantes identificaram um pequeno grupo de crianças/adolescentes que fazia uso de drogas embaixo de uma ponte da cidade, reconhecidos como “os meninos da ponte”. Eventualmente esses jovens dão entrada no SAIE e são encaminhadas ao Projeto Criança Cidadã. Por ser um grupo pequeno, as instituições os conhecem nominalmente e também suas histórias. É interessante como a questão do consumo de drogas por crianças e adolescentes no município, na fala dos profissionais da rede, se restringe a essa parcela da população. Em consonância com essa informação, percebe-se a visão de que em Manaus não há um número significativo de crianças e adolescentes em situação de rua.

Caracterização e funcionamento dos serviços de acolhimento

Todos os oito SAIs visitados já funcionam há vários anos: a maior parte tem entre oito e 16 anos de atividades e o mais antigo existe há mais de 25 anos. Seis deles são em formato de abrigo tradicional, um em Casa Lar em aldeia e outro em casa de passagem. Um dos abrigos funciona acoplado a um centro social aberto à comunidade e atende adolescentes que necessitam cumprir medidas socioeducativas em meio aberto. Todos os serviços são organizações não governamentais, apenas o SAIE é uma unidade pública municipal. Funciona na modalidade casa de passagem. Anteriormente denominada Central de Resgate, recebia crianças em qualquer situação de vulnerabilidade e risco social, inclusive em situação de rua e drogadição. No momento da pesquisa atendia crianças e adolescentes de 0-17 anos, vítimas de maus-tratos, negligência, abandono, violência física, psicológica e sexual, exploração do trabalho infantil e sexual, retirando-os da situação de risco e encaminhando-os aos programas sociais e à rede de proteção. Cinco SAIs têm orientação religiosa: dois católicos, dois evangélicos e um espírita.

O atendimento oferecido às crianças e adolescentes em situação de risco social está voltado para algumas clientela mais específicas: seis SAIs recebem população de rua e ameaçados de morte; cinco atendem os que têm transtornos mentais; três, os portadores de doenças infectocontagiosas; e apenas dois recebem crianças e adolescentes com uso de crack e outras drogas. Importante pontuar uma contradição: na pesquisa qualitativa, todas as instituições foram unânimes em afirmar que, quando há informação de

que a criança/adolescente é usuário de drogas, o encaminhamento é feito para a Secretaria Estadual de Assistência Social e que nenhum SAI acolhe criança/adolescente com esse histórico.

Todos os SAIs têm assistentes sociais na equipe e em sete deles se agregam psicólogos. Fisioterapeutas, enfermeiros, pedagogos, sociólogos, educadores, dentistas e estagiários integram as equipes de seis serviços.

É declarada pelos gestores a precariedade de capacitação das equipes dos SAIs para lidar com crianças e jovens usuários de substâncias psicoativas: a existência de capacitação no que diz respeito ao crack foi mencionada por apenas três serviços. Chama atenção o fato de a equipe técnica, que deveria estar preparada para lidar diretamente com essa população infantojuvenil, não estar capacitada para questões relativas ao uso de drogas: apenas três técnicos foram qualificados em dois serviços. A realidade é similar, ou ainda mais precária, entre os demais profissionais que atuam nos SAIs, principalmente quando se refere aos cuidadores (apenas um capacitado). Três pessoas em funções de direção/coordenação e uma de administração relataram tal estratégia formativa em dois serviços.

Esse quadro pôde ser constatado na visita aos serviços durante a coleta de dados da pesquisa. Presenciamos em uma instituição destinada à população infantojuvenil em situação de rua uma cena em que um adolescente drogado escalou um poste localizado no pátio da unidade e começou a insultar a equipe e os demais adolescentes. Em resposta, todos os profissionais se trancaram em uma sala e acionaram a polícia. A psicóloga relacionou a falta de manejo em situações decorrentes do uso de substâncias à ausência de capacitação, a “não saber fazer de outra forma”. A profissional declarou que ninguém da equipe tem formação para lidar com a problemática da dependência química e que estavam naquele momento buscando parcerias para cursos. Na sua visão, trabalhar com o adolescente usuário de drogas já é um grande desafio e se torna uma tarefa titânica quando não se está qualificado para o trabalho.

O maior desafio é lidar com a dependência química. Você não sabe o que esse menino [referindo-se à cena descrita] usou lá fora. Eles misturam: pasta base, maconha, crack, cocaína. Esta mistura causa uma pane no organismo. Então a nossa maior dificuldade é que nós não temos ninguém da saúde que possa nos dar um auxílio nessa parte. Já aconteceu do menino surtar por problemas de drogas e nós não sabemos o que fazer. (psicóloga – SAI)

A falta de recursos teóricos e práticos para lidar com o adolescente dependente químico favorece a leitura de que as situações do cotidiano são exclusivamente “caso de polícia”:

Eles chegam agressivos, acham que nós estamos aqui para trabalhar para eles, eles lidam dessa forma. Aí começam a quebrar tudo. Tanto é que temos essas barras na janela. É a única forma de contê-los e aí chamamos a polícia para nos ajudar, mas muitas vezes ela não vem. (psicóloga – SAI)

É preocupante a visão da psicóloga, que não é capaz de mensurar que o objetivo final de sua ação é trabalhar para e pelo adolescente, assim como a falta de apoio da assistência social, aos profissionais que ali atuam e aos acolhidos que usam drogas, e do setor Saúde.

Perfil de crianças, adolescentes e famílias usuárias de crack em serviços de acolhimento

Como visto anteriormente, entre as 282 crianças e adolescentes presentes nos SAIs durante a pesquisa, o uso de crack só foi referenciado pelos gestores para dois adolescentes e dois responsáveis. Todavia, sete crianças e adolescentes foram reconhecidos pela equipe técnica como usuários de crack e tiveram questionários individuais preenchidos. Esse fato mostra a maior proximidade dos técnicos em relação aos acolhidos e suas famílias, bem como a falta de informações fidedignas sobre a real frequência da droga pelos serviços de acolhimento.

Alguns dados desses sete acolhidos com história pessoal de uso de crack ou seus responsáveis são apresentados a seguir: quatro eram crianças (6, 9, 10 e 11 anos de idade) e três, adolescentes (13, 14 e 17 anos); cinco eram meninas; todas as crianças frequentavam a escola (ensino fundamental), mas os três adolescentes não o faziam; quatro moravam com um usuário de crack/outras drogas nos últimos 30 dias antes do acolhimento; seis apresentavam algum problema de saúde: três com comportamento agressivo, igual número com comportamento depressivo ou ansioso, um com desatenção/hiperatividade e um com transtorno psicótico. Outros problemas mencionados sobre quatro acolhidos foram: crise convulsiva, doença sexualmente transmissível, comportamento “frio e maquiavélico”; e cinco têm trajetória de rua.

Em relação aos dados sobre o acolhimento, entre as sete crianças/adolescentes identificados pelos técnicos como usuários de crack, tem-se o seguinte tempo

de institucionalização no serviço no momento da pesquisa: dois estavam de dois a cinco meses no SAI visitado, dois há um ano, dois há dois anos e um há quatro anos. Apenas cinco acolhidos tinham procedimento administrativo na Vara da Infância e Juventude, como, por exemplo, pasta especial ou processo; o uso do crack consta de documentos de quatro crianças/adolescentes.

O motivo de ingresso no SAI deveu-se especialmente ao uso de drogas legais e ilegais pelos responsáveis (seis acolhidos, especialmente crianças), configurando um ciclo em que o uso dessas substâncias se perpetua nas famílias. Negligência na família, vivência de rua e carência de recursos materiais são causas mencionadas em prontuários de cinco crianças/adolescentes. Vale destacar que, na visão dos profissionais entrevistados, todos esses fatos podem estar relacionados à carência de recursos financeiros da família, e que tal população não deveria recorrer ao acolhimento institucional, considerando-se as políticas públicas redistributivas hoje existentes. Outras formas de violência são causas frequentes de ingresso nos SAIs: doméstica de natureza psicológica (quatro acolhidos); física (três); abuso (dois) e exploração sexual (um); prostituição e pornografia (um); abandono pelos pais ou responsáveis (três); e violência extrafamiliar (um). Contribuíram ainda como motivos para o acolhimento a exploração no trabalho ou mendicância (três), a entrega voluntária da criança/adolescente pela família de origem (três), a ausência dos pais ou responsáveis por prisão (dois), pais ou responsáveis com problemas psiquiátricos/psicológicos (dois), uso e/ou abuso de substâncias por parte da criança ou adolescente (um).

Quatro acolhidos com história relacionada ao uso de drogas/crack já haviam sido abrigados anteriormente na mesma instituição ou em outro SAI, evidenciando uma circularidade nos processos de internação.

As crianças e os adolescentes chegaram ao SAI encaminhadas pelo Poder Judiciário (dois), Conselho Tutelar (dois), família (dois) e por outros serviços de acolhimento (um). Nenhum deles foi encaminhado para tratamento de saúde devido ao consumo de crack; apenas um responsável foi orientado nesse sentido pelo SAI. Tais dados reiteram a precariedade dos cuidados em saúde para os dependentes de substâncias no cenário municipal.

No que se refere à situação legal da criança ou adolescente usuário de drogas, ou dos responsáveis que utilizam drogas, constata-se a precária possibilidade de adoção. Nenhuma criança ou adolescente acolhido nessa situação estava legalmente encaminhado para adoção (aguardando colocação); nenhuma estava em processo de colocação para adoção, ou seja, iniciando a

aproximação com adotantes; e nenhuma tinha a destituição do poder familiar concluída. Isso significa que não havia crianças e adolescentes usuários de drogas, ou responsáveis que utilizavam drogas, que preenchessem critérios para a condição legal de adoção na cidade de Manaus. A situação legal das sete crianças mencionadas era a seguinte: três em fase de avaliação/preparação para reintegração/retorno ao convívio com os responsáveis; seis com suspensão do poder familiar; uma com a destituição do poder familiar em tramitação; uma em processo tramitando de guarda/tutela ou com sentença pendente de recurso. É importante ressaltar que cada acolhido podia ter mais de um procedimento em andamento. Nenhum adolescente envolvido com o uso de drogas/crack estava em cumprimento de medida socioeducativa.

Todos os acolhidos tinham família morando na cidade de Manaus, a maioria com vínculo durante o período de acolhimento (cinco). Em dois casos não havia mais vínculo familiar e em um deles havia impedimento judicial de contato. Os irmãos eram os familiares que mais os visitavam, seguidos por ambos os pais.

ADOLESCENTES USUÁRIOS ENTREVISTADOS

Raíssa

Raíssa tinha 14 anos e frequentava um programa voltado para a população em situação de rua. Morava na rua desde os 10 anos de idade e considerou estar nessa situação porque trabalhava com a mãe na feira e “acostumou” com esse espaço. Desde que foi para a rua parou de estudar, tendo concluído o 5º ano do ensino fundamental. Consumia todas as drogas, incluindo oxi e crack. Iniciou o uso de drogas aos 11 anos, após a ida para a rua e usava crack há um ano. Afirmou não ter ninguém da família usuário de drogas. Estava grávida de três meses e declarou que durante o tempo que esteve na rua foi levada uma única vez para a antiga Central de Resgate (hoje SAIE) e seu pai foi buscá-la. Logo retornou para a rua. Disse que não teve acesso a nenhuma outra instituição de assistência ou da saúde. A jovem demonstrou pouca capacidade de analisar os efeitos da droga em sua vida. Mencionou apenas que tinha “dificuldade de respirar” e relacionou o fato ao consumo de crack, mas nunca tinha ido ao médico em decorrência do uso de drogas. Não queria pensar nem falar sobre uso de drogas, apenas relatava sentir medo quando usa o crack. Não conseguia qualificar esse medo, mas disse

gostar da sensação. Para consumir drogas praticava furtos e assaltos com uso de gilete. A jovem tinha um porte franzino e parecia frágil. Havia uma ruptura do vínculo familiar e relatou que a instituição estava buscando a aproximação e o restabelecimento desse vínculo.

Fernando

Com 16 anos, Fernando também foi entrevistado no programa dirigido para população em situação de rua, onde morava desde os 9 anos de idade. Disse que “escolheu” a rua devido a brigas constantes na família, que é bastante numerosa. Até a sua saída definitiva de casa foram 12 tentativas de fuga: “Eu ficava igual passarinho solto. Gostava do vento na cara, de passear por Manaus”. Parou de estudar no 6º ano. Iniciou-se nas drogas aos 10 anos com uso de tabaco e logo depois passou a consumir outras drogas na seguinte ordem: cola, maconha, mel e cocaína. Não usava crack. Considerava o crack como o “fundo do poço”. Disse ter um irmão usuário de drogas. Apesar de sua trajetória de rua, alegou que nunca tinha roubado e que trabalhava diariamente para manter o seu uso, indo de encontro ao imaginário social do jovem nessa situação como um criminoso em potencial: “Eu sou um homem trabalhador”. Nesse sentido, buscou se diferenciar dos demais: “O usuário é aquele que trabalha para consumir a sua droga, para ter o dinheiro para consumir a sua droga. O viciado é aquele que faz de tudo: rouba, mata, faz o possível para ter a droga dele”.

Afirmou ter responsabilidade como usuário e essa, segundo ele, talvez seja a explicação para nunca ter se envolvido com o crack. Fernando relatou que a população de Manaus fazia justiça com as próprias mãos e, se pegasse um jovem roubando, linchava até matar.

Esse jovem se orgulhava de manter valores familiares apesar de morar há tanto tempo nas ruas. Nunca tinha usado drogas em espaços onde pudesse ser visto por moradores, pois achava desrespeitoso; preferia fazer uso sozinho em espaços privativos; criticava a postura dos demais moradores de rua que sujavam a cidade, tomavam banho em chafariz público etc. Sentia-se envergonhado em pedir dinheiro e sempre oferecia algum serviço em troca. Em relação aos cuidados com a saúde, afirmou que todo mês ia ao posto de saúde próximo onde dormia para pegar preservativos. Demonstrou preocupação com a aparência física e a saúde.

Em relação aos efeitos das drogas, Fernando fez um relato comovente, destacando a perda da alegria:

Só sabia ser alegre quando eu estava usando droga, mas se eu estava sem ela eu ficava muito triste. Eu ficava assim sentado no meio fio e via aquele casal de adolescentes passar assim na minha frente todo bem arrumado, cheiroso, com dinheiro no bolso. Me dava um aperto no coração porque era um adolescente como eu, e eu ali jogado no chão, sentado na sarjeta. Todo mundo se alegra e eu não. Nem namorada eu podia ter.

Comentou ter emagrecido bastante e perdido músculos. Segundo o jovem, a droga “acabou com o pulmão”. Disse ter epilepsia e já ter sido levado ao hospital em decorrência de ter sofrido convulsão na rua. Foi pego pela Central de Resgate várias vezes e ficou em abrigos. Em relação à Central, explicou que o procedimento é retirar o adolescente da rua e levar para a instituição. Lá eles identificam o endereço e fazem uma busca ativa da família com o adolescente. Caso a família por algum motivo não aceitar o jovem, ele é encaminhado a um serviço de acolhimento.

Fernando chegou ao programa levado por outro adolescente de rua e, em sua avaliação, a unidade o ajudou a restabelecer o vínculo familiar.

Tadeu

Tadeu tinha 17 anos, é natural do Paraná e residia há dois anos com o pai na divisa entre o Amazonas e a Bolívia. A mãe e os irmãos moravam no Paraná. A entrevista aconteceu em uma Comunidade Terapêutica. O adolescente afirmou que a transição do Paraná para o Amazonas foi a “sua desgraça”. Em uma cidade do interior do Amazonas, onde morava na fazenda do pai, conheceu todos os tipos de droga, incluindo o crack, de que fazia uso havia um ano. No Paraná estava no 2º ano do ensino médio e disse que “era outra pessoa”. Ninguém da família era usuário de drogas. Já trabalhou em uma eletrônica no Paraná e na fazenda ajudava o pai com o gado.

Ao chegar ao Amazonas foi apresentado a todas as drogas. Iniciou pelo uso da maconha e logo depois passou a consumir cocaína e por último o crack. Disse que a mudança em sua vida, depois do “primeiro trago” do crack foi devastadora. Após a experimentação, já se sentia dependente: “Tinha que consumir no mínimo cinco gramas. Isso significa fumar dia e noite”. Tadeu foi bastante didático ao apresentar os efeitos da droga e a sua compulsão pelo uso:

Você fuma e bate aquela onda por no máximo dez minutos e você quer de novo. Você fuma até passar mal. De dez em dez minutos

“você precisa fumar, porque eu começava a ficar depressivo. Faltava alguma coisa em mim, para meu organismo funcionar. Gastava duzentos reais por dia em pedra. Quando fumava completava esse vazio, eu me sentia bem.

Perguntado como se sentia quando estava consumindo, ele demonstrou uma aparente contradição:

“Sei lá! Dá um sentimento de alegria e por outro lado dá um sentimento de desespero e de perseguição. Você acha que tem alguém te perseguindo. É uma coisa que você fuma e sente medo, só que depois você quer sentir isso de novo. Você gosta daquela sensação de perseguição, não consegue mais viver sem esse sentimento.

Tadeu não tinha histórico de rua, mas comentou que muitas vezes não voltou para casa por vergonha de seu estado: sujo, machucado, fora de si. Percebia com muita clareza as mudanças em sua vida, tanto no comportamento quanto na saúde física e mental: “Eu fiquei muito agressivo e não queria saber de mais nada. Não queria saber de mais nada: de trabalhar, de arrumar a minha própria cama, estudar. Nada! Só consumir, consumir, consumir, consumir. A vida se resume ao uso”.

No relato do jovem, a compulsão pelo uso não deixava espaço para nenhuma rotina, e todas as coisas corriqueiras da vida passavam para um segundo plano. Avaliou que aos poucos foi se descaracterizando, até mesmo moralmente.

“Minha moral mudou. Eu perdi a vergonha de tudo. Perdi a vergonha e não tinha nenhuma emoção. Meu pai vinha conversar comigo chorando e aquilo não representava nada para mim. Fiquei frio, sangue frio mesmo. Ele não podia mais confiar em mim. Eu passei a roubar as coisas deles, até gado eu vendi para comprar droga. Ele vinha conversar comigo e eu xingava. Já apanhei bastante da polícia. Já fui preso por assalto a mão armada. Quando fui preso levei um susto e fiquei cinco dias sem usar, mas o vício falou mais alto.

Em relação à saúde comentou que já teve início de overdose, mas que não buscou um médico com medo de relacionarem os sintomas ao uso do crack. Procurou ajuda em uma farmácia.

Afirmou que antes de ser internado não gostava mais de se olhar no espelho, pois não se reconhecia na imagem refletida: “Perdi totalmente a vaidade, podia colocar qualquer roupa, não tinha mais roupa boa porque eu vendia. Me achava feio, mas e daí? Estava magro, pálido, aos poucos eu fui

diminuindo”. Suas forças foram esvaecendo e a sua percepção era de que estava cada vez mais franzino e que em algum momento iria desaparecer de fato. Todo esse sentimento culminou no dia em que se ajoelhou aos pés do pai e pediu ajuda. Disse ter clareza que a única saída era a internação, caso contrário iria morrer. O pai, com a ajuda de um vereador, conseguiu a internação na Comunidade Terapêutica. No momento da entrevista o jovem estava há 23 dias na comunidade e se sentia surpreso com o resultado.

Já mudei muito. Estou surpreso comigo. Na parte física, emocional, estou respeitando as pessoas, não tem mais aquela agressividade. Eu me sinto mais forte, mais disposto. Consigo acordar cedo, já ganhei uns pesinhos. Estou voltando.

A fala de Tadeu nos coloca diante de uma mudança na trajetória de vida desse jovem: em um determinado momento, no auge do uso, ele se percebeu “diminuindo”, perdendo as forças. O tempo curto de abstinência na instituição (23 dias) foi considerado por ele como uma “volta”, uma retomada da vida no Paraná. Em várias partes do discurso, ele demonstrou certa despersonalização provocada pelo uso do crack. O jovem chamou atenção pela educação, delicadeza e capacidade de interlocução e reflexão.

Tadeu informou que no início da internação sentia dores generalizadas, mas que considerava “normal”, consequência da abstinência: “Dor de cabeça, dor no estômago. É a droga se apresentando. O mal afluía lá na rua também, só que eu usava e passava. Aqui tem que esperar a dor passar”. O não atendimento a essa dor foi mencionado como uma crítica à instituição. Avaliou como ponto forte da Comunidade Terapêutica a experiência dos adultos que lá estavam em relação ao uso de drogas e isso, segundo ele, o levou à reflexão.

Os três adolescentes entrevistados, quando analisados em conjunto, apresentam algumas características típicas do perfil do usuário de crack já traçado por vários estudos – jovens e adultos jovens, pouca escolaridade, baixa renda, desempregados, frequentemente provenientes de famílias com separações e recasamentos, além de poliusuários de substâncias (Ribeiro et al., 2012). No entanto, se examinados separadamente, encontramos traços que os singularizam e os diferem desse padrão, o que reforça a importância de conhecer a história de cada uma dessas vidas e dos diferentes usos e significados das drogas em suas trajetórias. Fernando apresenta um “viver na rua” diferenciado que o protege do próprio consumo de crack, apesar de oito anos de vivência de rua e de convivência com outros usuários; Tadeu é um jovem de classe

média, com boa escolaridade e bom convívio familiar. Nesse sentido, estratégias diferenciadas de atenção parecem ser o caminho mais coerente.

AS MÃES ENTREVISTADAS

Verônica

Mãe de um adolescente de 15 anos, usuário de todas as drogas incluindo o crack, Verônica, 36 anos, foi entrevistada na Secretaria Municipal de Assistência Social no momento em que fazia mais um, entre os muitos, pedidos de socorro para resolver a situação do filho. Durante toda a entrevista, a mãe chorou muito. Verônica morava com o companheiro e com outros três filhos em um único cômodo. O filho usuário de crack não residia com ela, mas sempre aparecia em casa para exigir dinheiro e “tumultuar” a vida já complicada da família. O pai do adolescente era usuário de drogas e foi ele quem as apresentou ao filho, quando moravam juntos. O filho começou a roubar tudo da casa do pai, e este o “devolveu” para a mãe. Verônica narrou episódios de extrema violência:

Ele [o filho adolescente] não é nada bom. Ele usa muita droga e me agride sempre. Essa semana ele puxou a faca, colocou o revólver na minha cabeça e disse que ia me matar. Faz três meses que todo mundo da minha casa foi embora com medo dele. Tudo de casa ele leva, rouba de vizinho, assalta. Ele é muito violento. Quebra tudo, agride todo mundo. Eu estou andando só com uma calça e uma blusa para eu trabalhar, porque ele já acabou com tudo.

Segundo a mãe, ocorreram mudanças significativas no comportamento do filho com o uso de crack: “Depois que ele começou a usar essa droga ninguém quer ele por perto”. Quando indagada como se sentia com a proximidade do filho, a mãe chorou desesperadamente e desabafou: “Ele ficou muito ruim, ele hoje tem o coração ruim. Tenho medo dele. Queria uma internação”. A dificuldade de convivência foi trazida com muita dor por essa mãe que, apesar de tudo, ainda não desistiu do filho. Talvez por ser difícil de suportar o que o jovem representava no momento, a mãe buscou uma explicação religiosa: “É falta de Deus”.

As mudanças não são notadas apenas na vida do adolescente, mas também na sua própria vida: “Mudou o meu destino. Eu não sei o que é comer, o que é dormir, o que é rir. Ele está marcado para morrer queimado. Você colocar um filho no mundo para acabar assim. É muito triste”.

Roberta

Mãe de seis filhos, Roberta tinha 49 anos. O filho de 16 anos fazia uso de várias drogas, mas ela não sabia sobre uso de crack. O adolescente estava acolhido no projeto destinado à população em situação de rua. Só depois da institucionalização do adolescente é que Roberta retomou o contato com ele. Morava no interior do município e trabalhava em um restaurante como ajudante de cozinha. Disse que o filho vivia desde os 9 anos na rua, apesar das inúmeras tentativas para que ele voltasse a conviver com a família. O jovem era bastante obediente e trabalhador, mas gostava de “viver pela rua”. Dos nove filhos, apenas ele e o irmão eram usuários de drogas, embora o mais velho só usasse maconha. Nenhum dos outros filhos tem história de rua ou institucionalização. O adolescente em foco, o caçula, não era “filho de sangue”. A mãe fez uma análise surpreendente da condição do filho:

Bateram na porta e, quando eu vi, estava lá ele, embrulhado em uma manta e em cima de um papelão. O que eu podia fazer? Peguei e cuidei e ele não sabe dessa história. Hoje vejo que ele está voltando para o seu destino, para o papelão, para a rua.

As falas de Roberta e Verônica denotam um certo distanciamento em relação aos filhos. Uma delas verbalizou: “Eu não sei mais quem é o meu filho, não reconheço mais”. O desgaste da relação familiar e uma certa dose de fatalismo são observados.

Selegim e colaboradores (2011) elegeram, com base em entrevistas com os usuários de crack, em uma unidade de emergência psiquiátrica em Maringá, duas categorias relativas ao vínculo familiar: elemento facilitador do uso de crack e vínculo familiar fragmentado. No estudo, o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas por um ou mais membros da família foi relatado pelos usuários de crack como elemento facilitador para a experimentação. Em relação à presença de violência intrafamiliar, boa parte deles considerou tais ações como respostas repressivas da família ao uso de crack. O encarceramento domiciliar e a denúncia à polícia foram mencionados como estratégias da família para conter o uso. A fragmentação do vínculo familiar também foi constatada na investigação de Selegim e colaboradores, em que vários usuários informaram não manter mais contato com os pais.

PRINCIPAIS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO USO DO CRACK

Em relação aos possíveis motivos que levaram ao uso da droga, as mães entrevistadas coincidem: influência de amigos, a vida nas ruas, “cabeça fraca”. Verônica comentou a influência direta do pai usuário que apresentou a droga ao filho. Silva (2007) analisou a representação social do uso de substâncias psicoativas entre usuários de crack em tratamento em Salvador, comparando dois momentos distintos no período da internação. A autora percebeu que as justificativas para o consumo, no primeiro momento, eram descritas, principalmente, como uma combinação entre fuga de problemas, curiosidade e influência dos amigos. Com o passar do tempo, as representações passaram a incluir o contexto familiar, como mais uma dimensão que está inter-relacionada com o fenômeno em estudo. Essa incorporação requer, segundo Silva, um manejo diferenciado, pois as mães passam a rever o próprio posicionamento diante do filho que usa droga.

Os profissionais que atuam na rede socioassistencial de Manaus apontam vários motivos para o uso de crack por crianças e adolescentes. De acordo com a opinião da promotora da Vara da Infância e Juventude e do conselheiro tutelar, a principal causa é a desestruturação familiar. A falta de tempo da mulher, que hoje precisa trabalhar fora, também foi mencionada. Sem o devido acompanhamento da mãe, o adolescente fica mais vulnerável à influência dos amigos.

A promotora faz uma diferenciação entre a motivação dos adolescentes que têm apoio familiar e a daqueles que não contam com esse suporte. Na visão da entrevistada, o que leva os primeiros a consumirem droga é a curiosidade. Os jovens advindos de famílias “desestruturadas”, segundo ela, acabam utilizando a droga para “tirar a fome” – referindo-se ao uso de cola pela população em situação de rua.

Fica evidenciado na fala da promotora que a população-alvo da dependência química são crianças e adolescentes pobres que vivem nas ruas. Essa visão reducionista também aparece no discurso do conselheiro tutelar que faz uma relação direta entre separação do casal, pobreza e uso de drogas. Nenhum dos entrevistados ampliou a discussão da dependência química para todas as crianças e adolescentes e se resumiram a discutir a questão referindo-se aos “meninos da ponte”. Ambos afirmaram que o crack não se configura como um problema no município, mas que o uso de drogas começa a preocupar as autoridades locais. Segundo a promotora, o número de crianças e adolescentes usuários de

droga “ainda não é muito expressivo e nós sabemos quem é. A maioria fica lá embaixo da ponte – são os conhecidos meninos da ponte”.

O coordenador do Departamento de Dependência Química da Secretaria Estadual de Assistência Social alega que as mazelas sociais acabam por motivar o uso/abuso de drogas pelos grupos mais vulneráveis. Pontua, assim como os demais colegas da rede, que ainda é pequeno o número de crianças e adolescentes em situação de rua no município, o que os torna até certo ponto “invisíveis”. Acerca da motivação para o uso de drogas pelos pais das crianças e adolescentes, o desemprego aparece como tema central.

De acordo com a representante do Creas, entretanto, os conflitos familiares são o motivador para o uso de drogas e, na maioria das vezes, é o que os leva para a vivência de rua. Relata que, na sua experiência com crianças e adolescentes abusadas sexualmente, o uso de drogas passou a fazer parte da vida desse grupo como uma manifestação de “revolta”. O “modelo familiar” em que a droga é aceita também foi mencionado pela profissional. O coordenador de uma das Comunidades Terapêuticas reforça a fala da coordenadora do Creas, identificando a educação familiar (ou a falta dela) como um dos motivadores para o uso abusivo de drogas: “Os pais perderam a noção de autoridade, perderam a noção de disciplina, perderam a noção de carinho, de amor. É uma questão de educação familiar. A família precisa ser reeducada para dar bom exemplo”.

A coordenadora da saúde mental afirma que as crianças e adolescentes não vão para a rua por serem usuárias de drogas, mas são apresentadas às substâncias no momento que estão nas ruas. Alguns estudos vão nessa direção, identificando que o uso de crack faz parte de uma cultura da vida nas ruas. Assim, as questões sociais se configuram como um grande desafio para o município.

Em síntese, podemos dizer que a visão em relação à motivação para o uso se diferencia nos três blocos de sujeitos investigados: adolescentes, mães e atores da rede. No primeiro grupo, os jovens apontam, para a influência dos colegas, a vivência de rua, e um adolescente fala sobre conflitos familiares. Já as mães atribuem a características pessoais dos filhos – “ser influenciável” e “ter coração ruim” – as causas da dependência. Questões sobre relações familiares só aparecem no depoimento de uma das mães, que afirma que o filho experimentou drogas com o pai. No discurso dos atores da rede, prepondera a visão dos problemas sociais e da “desestrutura” familiar (e não de conflitos familiares) como motivadores para o uso. A agressividade é

identificada por eles como a principal consequência do uso de crack na vida das crianças e adolescentes.

Essa semana mesmo eu tive fazendo uma abordagem no centro com crianças que estão sendo usadas para o trabalho infantil. Nós encontramos crianças de 7, 8 anos com uma mudança de comportamento que eu me surpreendi. Teve uma que bateu no meu braço, que a lapiseira que eu estava foi parar longe; a outra jogou um prato de comida na assistente social. Muita agressividade. Elas já são usuárias de drogas e o surto delas é grande. (conselheiro tutelar)

Para o representante da assistência social, assim como para o conselheiro tutelar, a agressividade é a principal mudança comportamental, e há uma relação entre o uso de crack e o envolvimento com a criminalidade.

A mais perceptível e imediata mudança é a agressividade! Eles ficam muito agressivos, ficam irritados, impacientes e ansiosos. É o primeiro sinal que estamos tratando de um usuário de crack. São as condutas psicopatas que eles passam a desenvolver. E aí é fatal. A gente tem um exemplo aqui hoje dessa mãe que o filho é menor de idade, 15 anos. Já pegou um revólver para matar a mãe, bate nela, ameaçou que se ela voltasse aqui ele ia matá-la, estuprou a irmã. Então é uma pessoa que passou a ser desprovida de sensibilidade para com o outro. E isso pode levar à criminalidade, porque o objetivo é conseguir a droga. Tem mudado o perfil da cidade: hoje tem sequestro, assalto. Não era assim. Isso está relacionado de alguma forma ao aumento do uso do crack.

Vários estudos (Ribeiro et al., 2006, 2012) correlacionam o uso de crack a um aumento da agressividade, especialmente nos períodos de abstinência, bem como a problemas com relação à criminalidade (Siegal et al., 2002; Schifano & Corkery, 2008).

Em relação ao usuário de cocaína intranasal, os usuários de crack apresentam um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco dos efeitos adversos da substância e maior chance de morar e ter morado na rua. (Ribeiro et al., 2012)

Embora áreas em que há grande consumo dessa droga costumem apresentar índices mais altos de violência e crimes em geral (Ribeiro et al., 2006; Siegal et al., 2002; Schifano & Corkery, 2008), a relação direta entre uso de crack,

agressividade e criminalidade deve ser evitada. Vale ressaltar que essa associação, com base no senso comum, pode favorecer a estigmatização desses usuários e enviesar as estratégias de prevenção/intervenção.

Outro aspecto que merece uma análise cuidadosa é a visão fatalista de que o sujeito que consome crack está condenado à morte devido aos efeitos da droga no organismo. Apesar do índice de mortalidade entre usuários de crack ser grande, os estudos mostram que os óbitos são mais comumente associados a elementos de tráfico, disputa entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia, do que aos danos causados diretamente pela droga. Ribeiro e colaboradores (2006), em um estudo de coorte realizado em São Paulo por cinco anos, com 131 usuários, demonstraram que as maiores causas de morte eram homicídio e Aids.

A coordenadora do Creas, por sua vez, alude às consequências físicas do uso: “Chegam aqui magros, doentes, com febre, sujos, famintos, precisando de acolhimento e cuidados médicos. Leva para a emergência e alguns precisam até ficar internados”. Nessa mesma linha, a psicóloga de um programa que trabalha com crianças e adolescentes em situação de rua faz referência aos prejuízos físicos: “Eu vejo e falo para eles que está afetando a parte psicomotora e os órgãos: coração, pulmão. Eu digo que o organismo deles vai entrar em colapso. (...) Chegam com escabiose, tuberculose e até hanseníase”.

O coordenador de uma das Comunidades Terapêuticas discorre sobre as consequências do uso de crack a partir da sua experiência como dependente químico:

As consequências são drásticas. A marginalidade, a penitenciária e a morte precoce. Hoje o usuário de crack tem uma vida muito rápida. (...) Nós estamos tratando de dois casos que têm sequelas graves. Esses dois caras estão presos dentro de casa e recebem comida por baixo da porta porque se a mãe abrir... Ele está totalmente perturbado. (...) Muitos desenvolvem problemas mentais. Eu não sei como eu não tive nenhuma sequela, porque foram 20 anos de uso de drogas pesadas.

Nonticuri (2010), analisando as vivências de adolescentes e jovens com o crack, relata que a intensidade do uso do crack acarretou para os usuários: isolamento, depressão, distúrbios de alimentação e sono, perda da emoção, da capacidade de trabalhar e da higiene, venda de bens pessoais, ansiedade, alucinações, medo, possibilidade de arriscar tudo pela droga, roubos e morte.

A VISÃO DOS ADOLESCENTES E FAMILIARES SOBRE O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

Duas mães de adolescentes com histórico de uso de crack/drogas e que estavam sendo atendidos ou buscando atendimento nas instituições de assistência social apresentaram suas visões sobre os serviços existentes em Manaus.

No caso de Verônica, o filho não se encontrava em nenhuma instituição naquele momento e a mãe buscava ajuda na Secretaria Estadual de Assistência Social. Verônica mostrou-se incrédula em relação às instituições que o filho já havia buscado ao longo de sua trajetória de uso, considerando-as pouco resolutivas: “Só prende ele, leva para o Conselho Tutelar e depois eles me devolvem”. A ideia de devolução aparece de forma recorrente no discurso da genitora que parecia não ter mais recursos financeiros e, principalmente, emocionais para “receber de volta” esse filho. Ela descreveu o que esperava de uma instituição ideal:

Eu gostaria mesmo que ele não ficasse no meio de adolescentes assim como ele. Que o colocasse para estudar lá dentro, que trabalhasse. Mas que não jogasse como um animal, porque, por mais que a pessoa seja assim, é um ser humano. Eu queria, não sei se vai acontecer isso um dia, que ele fosse para um lugar bem grande, que colocasse ele preso lá e que não pudesse fugir, mas que estudasse e trabalhasse. Que tivesse tratamento psicológico para ele e para mim também, porque eu preciso e muito.

Entretanto, Roberta, mãe de adolescente em programa social, avaliou que o filho estava bem na instituição, mas que ele precisava “de outro lugar”. Considerou também que a “mistura” com outros adolescentes usuários de drogas dificultava a recuperação. O Programa Portas Abertas existente na instituição facilitava as sucessivas recaídas: “Ele precisava ficar preso”.

É interessante notar que as mesmas categorias aparecem no discurso das mães, apesar da trajetória dos filhos serem bastante diferenciadas: a influência do grupo na continuidade da dependência e a estratégia de aprisionamento como única possibilidade de conter o adolescente para o tratamento.

A fala de Raíssa, a única menina entre os três adolescentes entrevistados, corroborou a visão das mães, indicando que a privação de liberdade era o primeiro passo para a recuperação. Criticou o modelo de atendimento “portas abertas” da instituição que frequentava: “A única forma de parar é prendendo

mesmo. É porque tem muita gente que vai para a cadeia e passa anos e aí acaba parando. Aqui, que pode sair, não ajuda muito”.

Fernando, por sua vez, tem posição distinta. Comentou as características positivas dessa mesma instituição. Disse que frequentava o programa há quatro meses e que percebeu mudanças significativas em sua vida:

Mudança é de não estar na rua, não estar jogado por aí, não levar uma bala, uma facada. Não estou usando drogas. Não estão me humilhando, não estou tendo que pedir dinheiro a ninguém para comprar droga. Eu estou muito bem aqui na casa.

Tadeu apresentou uma visão bem crítica da Comunidade Terapêutica em que estava internado, principalmente em relação à ausência de atenção à saúde dos internos.

Aqui dentro todo mundo reclama muito que demora muito o atendimento à saúde. Tipo dentista. O pessoal fala que está sentindo isso ou aquilo, e eles só sabem falar que é abstinência, tudo é abstinência. Só que às vezes não é. É problema mesmo da pessoa. Depois de muito tempo que encaminha para alguma unidade de saúde.

Essas diferentes visões dos adolescentes e familiares acerca do modelo de instituição ideal vem sendo alvo de muitas discussões clínicas e acadêmicas: internação na perspectiva da abstinência e redução de danos ou modelo de “portas abertas” são exemplos de modalidades de atenção possíveis e presentes em nosso meio.

FUNCIONAMENTO DA REDE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

Iniciamos a apresentação do funcionamento da rede socioassistencial com a descrição do tipo de articulação existente entre o SAI e outras instituições do município, que permitam apoiar o atendimento aos acolhidos com problemas decorrentes do uso de crack.

Constatamos a fragilidade da articulação dos SAIs com a Rede Proteção, Promoção e Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes. Todos os SAIs conheciam os dados de localização de Conselhos Tutelares, Judiciário, serviços de saúde e escolas, mas trocavam informações apenas com os dois primeiros. A ocorrência de reuniões periódicas e regulares com o Poder Judiciário foi

referida. Chama atenção o item “nenhuma articulação”: 62,5% disseram não ter articulação com Caps; 37,5% com Defensoria Pública, delegacias e serviços de saúde; 25% com Creas e Secretaria Municipal de Assistência Social; e 12,5% com Cras, Ministério Público, escolas e ONGs.

Em relação aos serviços oferecidos às famílias pelos dois SAIs cujos gestores informaram ter adolescentes usuários de crack acolhidos, constatamos que apenas uma unidade oferece atenção para os familiares com: atendimento psicológico/psiquiátrico, acompanhamento social e médico, serviços para tratamento de dependência química, apoio financeiro, inserção em programa/serviço oficial ou comunitário de auxílio/proteção à família, assistência jurídica, apoio material, encaminhamento para programas de profissionalização e orientação para planejamento familiar.

Perguntamos aos profissionais de diversas áreas qual era o papel da instituição a que pertenciam, em relação à rede de atenção a crianças e adolescentes com uso/abuso de crack. Ficou claro que não há papéis claramente definidos em uma perspectiva de rede, e as respostas versaram sobre a natureza e a missão das instituições em um âmbito mais amplo, sem a especificidade para a atenção ao usuário de drogas. Também foi notória a confusão entre atendimento e atenção. Surpreende a ausência da visão de prevenção, dado já pontuado na pouca expressividade de ações preventivas nas instituições da região Norte em relação ao restante do país.

Segundo o conselheiro tutelar, o seu papel é proteger a criança e o adolescente. Em relação ao uso de drogas, afirmou não haver nenhuma ação específica. Quando há um caso de uso de drogas por adolescentes, o Conselho Tutelar se limita a aconselhar sobre os malefícios dessas substâncias e a encaminhar para o órgão competente, que é a Secretaria Estadual de Assistência Social. A falta de uma Casa de Recuperação para crianças/adolescentes no município dificulta as ações destinadas a essa clientela. Ainda em suas palavras, o Conselho Tutelar é frequentemente acionado pelas famílias buscando internação para os filhos, e que “fica de mãos atadas” por não ter para onde encaminhar.

A Promotoria da Vara da Infância e Juventude considera que o papel da justiça tem sido o de provocar o Poder Público a apresentar respostas imediatas em relação à atenção a crianças e adolescentes usuários de drogas:

O que a gente tem de concreto é o Ministério Público se empenhando. Porque nós estamos vendo as coisas tomando uma proporção e o Poder Público está acomodado, e eles dizem “não temos o serviço”;

não temos e pronto! Como se não fosse obrigação deles fazer isso. Então diante dessa situação, a partir da iniciativa do Ministério Público, de reunir esses órgãos, necessitamos de uma solução urgente para esse problema.

A entrevistada descreveu situações em que a promotoria pediu o internamento compulsório e o município não atendeu, alegando falta de instituições adequadas para abrigar o adolescente. Avaliou que o município, principalmente a área da saúde, negligenciava o atendimento a esse público.

A coordenadora do Creas descreveu o papel da instituição a partir da missão do equipamento, não o considerando um espaço de atenção às questões relativas ao abuso de drogas. O papel do Creas seria apenas o de referenciar:

O Creas tem três objetivos muito bem definidos: atender todas as pessoas que têm os seus direitos violados, fazendo com que elas consigam trabalhar essa questão da violência e interromper o ciclo de violência; trabalhar a função protetiva da família e das crianças; e empoderar essas crianças e essas famílias para que elas consigam lidar com esse sofrimento.

O atendimento ao usuário de drogas, acrescentou, é atribuição da saúde mental do município.

Esse serviço era para ser realizado pela saúde mental e como nós não temos Caps implantados para o atendimento da criança e do adolescente, a gente recebe essa demanda e faz o encaminhamento para algumas instituições que acolhem [adultos]. Infelizmente aqui em Manaus eu não conheço nenhuma [instituição] que acolhe crianças e adolescentes. O que nós fazemos aqui é trabalhar a família desse usuário e buscar, depois que ele fizer o tratamento, inseri-lo em algum programa social e ficar atendendo a família dele. Com o usuário específico a gente não tem. Nós encaminhamos para a Secretaria Estadual de Assistência Social.

Embora o Creas tenha claro em suas atribuições a atenção à família do usuário, a coordenadora afirmou que a participação da família nos programas é ínfima e que a procura visa apenas ao encaminhamento para a internação: “A família vem com um único fim – internação”.

A psicóloga do programa ligado à Secretaria Municipal de Assistência Social declarou que a instituição foi criada com a finalidade de retirar crianças e adolescentes em situação de rua, usuários de drogas ou não, e reestabelecer

o vínculo com a família. Como não havia nenhum atendimento específico ao usuário de drogas, o procedimento da instituição se limitava a acolher e encaminhar.

Atendemos e encaminhamos para as instituições que trabalham com dependência química. Fazemos a triagem, fazemos o atendimento psicossocial, eles são acolhidos e aí vamos buscar esses colaboradores, que podem encaminhar tanto para uma internação como para o atendimento ambulatorial.

O representante da Secretaria Estadual de Assistência Social foi enfático ao afirmar que cabe à saúde o atendimento ao usuário de crack e que a assistência social do estado está assumindo um legado que não compete ao setor:

Isso na verdade trata de um papel da saúde. A Secretaria de Assistência Social, o foco dela é a família e pelo fato do usuário pertencer a essa família, também não deixa de ter o nosso cuidado. Por falta dessa rede de assistência aqui no estado, o governo solicitou à secretaria que fizesse acolhimento também e conveniou as Comunidades Terapêuticas. O papel da secretaria estadual seria esse: referenciar, coordenar e orientar para que esses órgãos municipais funcionassem adequadamente. Só que aqui nós temos uma função interessante que, além de fazer essa orientação e coordenação, a gente também vai e mete a mão na massa. Não dá para ficar parado. Atua diretamente, a maioria dos casos a gente atende diretamente.

De acordo com a coordenadora de saúde mental, a área técnica responde por todo o campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Considerou que ambos os campos eram muito recentes na cidade. No momento em que a pesquisa se realizava havia sido inaugurado apenas um Caps no município. No ano de 2012 mais um Caps foi criado. Essa profissional considerou que a área estava engatinhando e que a questão das drogas ainda estava em fase de discussão, sem nenhuma ação concreta da saúde até aquele momento.

Está iniciando toda uma discussão de como trabalhar de forma intersetorial a questão do álcool e outras drogas. Nós começamos um processo capitaneado pelo Ministério Público em que eles estão reunindo secretarias municipais e estaduais para discutir em conjunto como nós vamos abordar esse tema, porque a questão da drogadição vem crescendo visivelmente na cidade. Apesar do crack não ser um problema na dimensão de São Paulo e Rio de Janeiro, aqui aparece mais na forma de oxi. Tanto na rede pública, seja ela municipal e

estadual, nós não temos nenhum tipo de atendimento. Em Manaus nós contamos apenas com as Comunidades Terapêuticas e os grupos de mútua ajuda. É o que nós temos.

É notório que a cultura do encaminhamento está instalada nas instituições de Manaus. Não há uma leitura mais abrangente sobre a responsabilidade de cada um dos equipamentos em relação ao acolhimento, cuidado, atendimento, fiscalização. Mesmo as unidades de saúde, protegidas pelo discurso de não ter recursos humanos habilitados para lidar com a dependência química, fazem do encaminhamento para a assistência social a sua única ação. O atendimento ao usuário de drogas no Amazonas é, portanto, muito frágil. Não se observa aumento do número de leitos hospitalares para o atendimento e tratamento dos usuários nas unidades de saúde ou investimento na qualificação aos profissionais na área. Também não há leitos disponíveis para crianças e adolescentes usuários de drogas.

As Comunidades Terapêuticas (todas não governamentais) aparecem no cenário como único equipamento destinado ao atendimento do dependente químico na cidade de Manaus.

As Comunidades Terapêuticas são ambientes de internação especializados, presentes em mais de 60 países, que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando a obtenção e manutenção da abstinência, inicialmente em ambiente protegido, com encaminhamento posterior para a internação parcial e/ou ambulatorio, conforme as necessidades do paciente. (Fracasso & Landre, 2012: 54)

Fracasso e Landre (2012) destacam o equívoco de se chamar esses serviços de “comunidades terapêuticas”; na verdade, são centros de acolhimento. Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu o regulamento técnico para o funcionamento das comunidades. Os autores afirmam que, apesar de as Comunidades Terapêuticas estarem contempladas no eixo de tratamento da Política Nacional sobre Drogas, ainda existe uma divergência entre o modelo aplicado nas Comunidades Terapêuticas – que utiliza a instituição, por meio de conselheiros (ex-usuários) como agente de mudanças – e a área da saúde. Segundo os autores, isso se deve a dois fatores: o despreparo de algumas unidades que se nomeiam Comunidades Terapêuticas sem atender os critérios básicos e a falta de conhecimento da área da saúde acerca do trabalho ali desenvolvido.

Os coordenadores das Comunidades Terapêuticas entrevistados chamam atenção para a especificidade do atendimento ao adolescente na cidade: apenas duas das seis unidades se destinam a esse público e nenhuma delas recebe crianças. Os encaminhamentos são feitos pela Secretaria Estadual de Assistência Social e, após uma triagem, o adolescente é internado. Em uma das instituições o tempo mínimo de permanência é de quatro meses e na outra, seis meses; o tempo máximo é de um ano. As duas comunidades possuem atendimento ambulatorial.

As comunidades são distantes de Manaus, localizadas na área rural. Em ambas há equipe técnica, mas os profissionais não permanecem no local. Os coordenadores afirmaram que todos os direitos do adolescente são garantidos, mas na unidade visitada, o único adolescente internado não frequentava a escola nem tinha outra atividade externa. Ambas trabalham com a abstinência e os internos são acompanhados por conselheiros que são ex-internos que ainda estão em recuperação. Seguem a metodologia dos grupos de mútua ajuda e em uma delas é utilizado o método Inteligência Multifocal de Augusto Curi. Os coordenadores das duas comunidades são dependentes químicos em recuperação e um deles é pastor evangélico. As comunidades trabalham na perspectiva de laborterapia.

Avaliação da articulação da rede de atenção: “rede, que rede?”

Saletti-Filho (2003) discute o conceito de vulnerabilidade no campo da saúde, identificando três esferas: individual, social e institucional. Segundo a autora, a vulnerabilidade do indivíduo está relacionada a comportamentos que podem criar oportunidades de adoecer. A vulnerabilidade social aborda os aspectos sociopolíticos e culturais que estão ligados a acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais etc. É um conjunto de condições de bem-estar social, como as situações de moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão.

A vulnerabilidade institucional está associada às políticas e ações planejadas e organizadas para lidar com a doença. Pode ser avaliada a partir de aspectos como: 1) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; 2) ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; 3) coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para a ação; 4) planejamento e gerenciamento dessas ações;

5) financiamento adequado e estável dos programas; 6) continuidade dos programas; 7) avaliação e retroalimentação dos programas; 8) sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; 9) vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada.

Quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar os recursos, otimizar seu uso e fortalecer os indivíduos e a sociedade no enfrentamento da doença. Para avaliar o grau de vulnerabilidade de uma coletividade, em relação ao problema do crack, por exemplo, é necessário conhecer: 1) a legislação em vigor e sua aplicação; 2) a situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes estratos sociais; 3) a qualidade dos serviços de saúde disponíveis.

A ausência de uma rede organizada em Manaus coloca o município e a sua coletividade – principalmente crianças e adolescentes – em situação de nítida vulnerabilidade institucional.

Nós temos um grande problema porque, se essa criança é encontrada na rua, nós não temos como levar para o serviço de acolhimento institucional, porque lá essa criança não fica. Não podemos colocar uma criança em crise, com problema de drogas junto com o resto do povo. E aí? Para onde vai? Quem fica com a criança? Fica com o Conselho Tutelar? Com o Ministério Público? Esses dias quase que eu disse para o secretário: eu vou levar o menino lá para a sua porta! Ninguém quer ficar, não tem lugar para encaminhar. (representante da Secretaria Estadual de Assistência Social)

A coordenadora do Creas considerou haver um “curto-circuito” no itinerário de crianças e adolescentes usuários de drogas no município.

Existe um curto-circuito. O que acontece? O nosso estado, o nosso município, ele não tem um Caps para atender crianças e adolescentes. Nós não temos retaguarda! Enquanto ação da Secretaria de Assistência nós já fizemos três abordagens de madrugada, tiramos os meninos de baixo da ponte, fizemos um cadastro. Duas horas depois, estavam todos na rua de novo. Por quê? Porque não temos retaguarda, não temos onde colocar esses meninos. (...) É como se estivéssemos enxugando gelo (...). Não tem Caps i, Caps ad. Nós não temos no hospital leitos específicos para esse fim. (...) A gente acaba encaminhando para o hospital psiquiátrico, que também não tem leito específico (...). Então aqui a situação relacionada à saúde mental está sendo jogada. (...) As crianças e adolescentes estão num limbo.

O representante da Secretaria Estadual de Assistência Social também foi bastante crítico, lamentando o fato de que o estado e o município não têm o que oferecer aos usuários e às famílias:

É uma grande angústia porque nós não temos nenhuma referência para a intervenção. Eu já visitei pessoas acorrentadas pelas mãos. Aí tem que soltar, mas se soltar vai para o consumo. A mãe diz que não quer ver o filho morto e pergunta: “o que vocês oferecem?” Então o Estado paralisa porque ele não tem o que oferecer! E aí? Solta da corrente e a mãe é culpada por cárcere privado? Como fica? Então há uma falta muito grande por falta de apoio mesmo.

Para esse profissional há um primeiro movimento para a formação de rede, mas que ainda é caracterizado pela lógica de encaminhamento e de repasse de responsabilidade: “Eu percebo que do ano passado para cá já começa a ter algum movimento de rede, mas ainda é a lógica de jogar”.

A crítica à ausência de equipamentos da saúde está presente em todos os entrevistados. A própria coordenadora de saúde mental reconheceu que os pacientes com problemas de drogas no município – adultos, adolescentes ou crianças – não têm uma resposta efetiva do Estado. Na ocasião da pesquisa, havia previsão de criação de outros Caps e de capacitação para profissionais da atenção básica, mas tudo ainda estava em fase de planejamento. No segundo semestre de 2012, mais um Caps e um Caps i foram inaugurados. Segundo a coordenadora de saúde mental, não era possível falar em rede de atenção no município; para isso seria necessário avançar na discussão intersetorial, pois um trabalho em rede que apoie o usuário de drogas requer ação conjunta.

A visão dos coordenadores das Comunidades Terapêuticas é de que as ações são isoladas, pouco integradas. Afirmaram que o trabalho das comunidades era bastante solitário e que o diálogo se restringia às próprias comunidades e ao convênio com a Secretaria de Assistência Social. Segundo um dos coordenadores, o principal problema estava na falta de equipamentos da saúde:

Há troca entre as comunidades. Mas da parte do Poder Público fica complicado, porque nós não temos para onde encaminhar uma pessoa que não se enquadre no perfil da nossa comunidade, alguém com comorbidade psiquiátrica, por exemplo, em decorrência da droga. Não existe esse lugar! Não é que eles da saúde não aceitem, é porque não existe esse lugar!

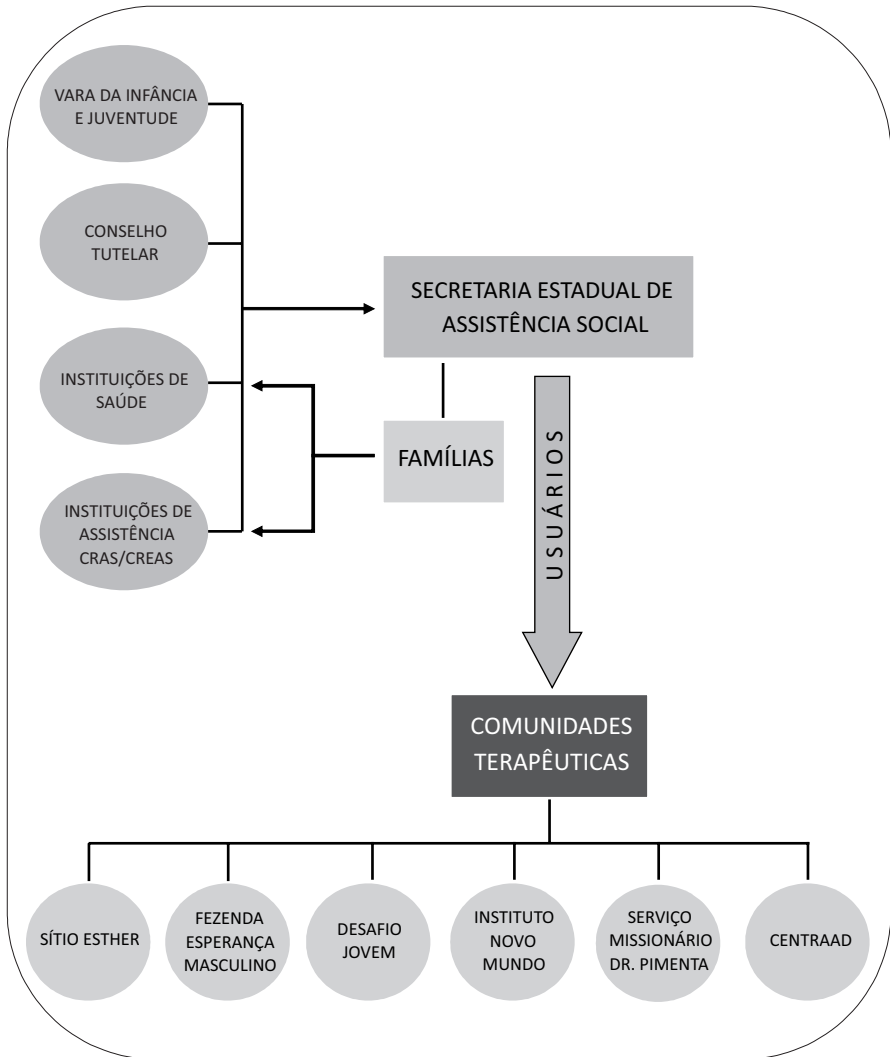
Parece não haver uma fiscalização das instituições que atendem crianças e adolescentes: o Conselho Tutelar confirmou que faz parte de suas atribuições fiscalizar as Comunidades Terapêuticas, mas que tal ação não é realizada por falta de efetivo. A promotoria reconheceu também que é responsável pela visitação às unidades destinadas a esse público, mas que não tinha informações se as duas comunidades em foco tinham sido fiscalizadas. O Conselho Estadual de Entorpecentes do Amazonas foi mencionado como órgão fiscalizador das comunidades que atendem o público jovem, mas, em visita informal ao órgão, a resposta foi evasiva e o conselho não confirmou se a fiscalização é feita de maneira periódica.

O papel do município em relação ao atendimento em rede ao usuário de crack foi muito mal avaliado. Segundo um dos entrevistados da assistência social: “simplesmente não está enfrentando”. A negligência do Poder Público, principalmente da Secretaria de Saúde, foi mencionada por vários entrevistados.

O desafio apresentado à cidade de Manaus parece ser a estruturação de fato da rede de atenção, com a criação de equipamentos, principalmente da saúde, para lidar com a especificidade das crianças e adolescentes usuários de substâncias. A coordenadora de saúde mental considerou que o grande desafio é fazer valer a intersetorialidade na rede e preparar recursos humanos qualificados para a temática, haja vista a existência de um único psiquiatra no município de Manaus.

Em relação às potencialidades, foi mencionada a atuação efetiva do Ministério Público na cobrança de ações do município. A disponibilidade para o diálogo também foi colocada como um ponto favorável à estruturação da rede. Na Figura 1 encontra-se o fluxograma do atendimento a crianças e adolescentes na cidade de Manaus, de acordo com a percepção dos integrantes da pesquisa.

Figura 1 – Fluxo de atendimento à criança e adolescente usuário de crack e outras drogas – Manaus



Nota: CENTRAAD = Centro de Tratamento em Adições, Álcool e Drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados socioeconômicos do município evidenciam uma disparidade intraestadual e intramunicipal surpreendente e preocupante, o que demonstra a necessidade de ações diferenciadas com base nas demandas específicas de cada localidade. A trajetória do crack no Amazonas parece se iniciar nos municípios fronteiriços e aos poucos avançar para a capital, atingindo principalmente os grupos mais vulneráveis – residentes nas áreas mais pobres e população de rua.

A invisibilidade é a categoria que mais se evidencia em diversos contextos para todos os adolescentes, principalmente aqueles usuários de crack. A institucionalização cria um espaço para a construção de uma categoria de adolescente ignorado, duramente castigado pelas dificuldades, de uma situação econômica, familiar e psíquica desprivilegiada. Embora os poucos usuários relacionados no levantamento de dados fossem conhecidos, inclusive nominalmente, não recebiam qualquer tipo de atendimento nas instituições elencadas na pesquisa.

Sabe-se que, devido à morosidade do sistema judiciário e à burocracia das instituições, dificilmente um adolescente “da ponte” terá acesso a um tratamento eficiente para atender as suas necessidades, de acordo com a idade, raça, cultura, orientação sexual, condição de moradia, situação financeira, gravidez etc. Com isso, o espaço institucional, que deveria ser apenas temporário, torna-se, para a grande maioria deles, permanente, devido às diversas reincidências nos órgãos da assistência social, visto que o sistema de saúde nada tem a oferecer.

Constatou-se também na pesquisa a invisibilidade dessas meninas e meninos usuários de crack em todo o sistema de garantia de direitos, principalmente pela falta de fiscalização dos organismos gestores. Faltam também políticas sociais, além da precariedade do próprio sistema de atendimento e atenção aos usuários de drogas, cujos profissionais, em geral, se pautam por uma ênfase nos problemas e fracassos, em vez de se comprometerem a estimular o potencial dos adolescentes, oferecendo-lhes os devidos recursos materiais e humanos para que suas competências se concretizem.

A insuficiência de condições estruturais, a dificuldade de acesso às propostas educativas, a inoperância dos técnicos, o descaso dos dirigentes em estimular e orientar a equipe para uma ação mais efetiva são os principais fatores que impedem a construção de renovadas e importantes estratégias a partir das necessidades identificadas pelos próprios adolescentes. Cabe ao Estado, à

comunidade, a todos aqueles que convivem com eles, assegurar-lhes que é possível promover mudanças, pois a maioria dos meninos que ali se encontra parece não mais acreditar nessa possibilidade.

De quem é o problema? A partir do que vimos e ouvimos, fica claro que em Manaus não há uma rede para atender crianças e adolescentes usuários de drogas, incluindo-se entre elas o crack. Há um conflito instalado no município acerca de quem é o responsável por esses jovens. A saúde, pela inexistência de qualquer trabalho com essa finalidade, é acusada por todas as instituições como negligente, mas se defende argumentando que o uso de drogas por crianças e adolescentes deve ser visto em uma perspectiva intersetorial e lamenta a responsabilização exclusiva atribuída a ela a respeito desse cuidado. A Secretaria Estadual de Assistência Social tem realizado os encaminhamentos e ações destinadas a esse público, mesmo considerando que a assistência ao usuário é uma questão da saúde, e reclama da ausência da própria Secretaria Municipal de Assistência Social. Os SAIs e as ONGs que deveriam também atender essa população afirmam que não estão preparados para lidar com essa especificidade e queixam-se da falta de retaguarda. Por fim, até mesmo as Comunidades Terapêuticas – únicos locais destinados ao atendimento específico aos usuários de drogas – são reticentes a receber adolescentes, pois os critérios exigidos para o atendimento a esse público são bastante rígidos. Nada existe para as crianças com problemas com o uso das drogas.

A saúde pública tem contribuído para estabelecer novos rumos ao conferir destaque aos programas nacionais de enfrentamento ao uso de drogas, porém a modificação das leis não assegura a transformação imediata da realidade, servindo, antes, para expor as limitações das políticas sociais destinadas à população usuária de crack e de outras drogas. Sob a ótica da saúde pública, percebe-se quão prejudicados encontram-se os jovens usuários de drogas em Manaus, se considerados o paradigma de promoção e o conceito ampliado de saúde.

Apesar de alguns tímidos avanços do setor Saúde em direção à atenção de crianças e adolescentes usuários de drogas no ano de 2012, é evidente o hiato entre a demanda e a oferta. O problema acaba por recair sobre as pobres famílias que, desesperadamente, fazem uma via crucis em busca de atendimento para os filhos, sem, entretanto, consegui-lo. Tais adolescentes são velhos conhecidos desse frágil sistema de atenção, que muitas vezes os expulsa das instituições por os considerarem jovens-problema que perturbam a paz da

unidade. O desamparo é dimensionado na fala de uma das mães que afirmou se “transformar em muitas”, podendo contar apenas com ela: “Eu sou a mãe, o pai, a instituição, o abrigo, a polícia, se resume a mim”.

Tal descompromisso municipal com a questão pode ser justificado pelo discurso unânime dos atores da rede que consideram que o crack ainda não se configura como um problema na cidade. No entanto, a realidade observada neste capítulo reflete-se também sobre o atendimento de usuários de outras drogas legais e ilegais, que não têm serviços que os apoiem. Os casos relatados, coletados nos poucos dias em que a pesquisa se realizou na cidade, mostram a magnitude do problema e sua dimensão social. A pressão do Ministério Público local aponta para a necessidade de uma ação concreta em relação às crianças/adolescentes, mobilizando as instituições para “sentar para conversar”. Alguns passos têm sido dados na organização de uma rede mínima para o atendimento. Mas o caminho a ser percorrido ainda será longo até que as crianças e adolescentes de Manaus tenham garantidos o direito ao pleno crescimento e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Desenvolvimento Humano em Manaus: atlas municipal. Manaus: Seplan, 2005.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: Senad, 2009. Disponível em: <www.obid.senad.gov.br>. Acesso em: fev. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.
- FRACASSO, L. & LANDRE, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Orgs.). O Tratamento do Usuário de Crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- GALDURÓZ, J. C. et al. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Cebrid, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Brasília: IBGE, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- KESSLER, F. & PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30(2): 96-98, 2008.

LUCAS, A. C. S. et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 22(3): 663-671, 2006.

NONTICURI, A. R. As Vivências de Adolescentes e Jovens com o Crack e suas Relações com as Políticas Sociais Protetoras neste Contexto, 2010. Dissertação de Mestrado, Pelotas: Universidade Católica de Pelotas.

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

RIBEIRO, M. et al. Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3): 196-202, 2006.

RIBEIRO, M. et al. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Orgs.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SALETTI-FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SCHIFANO, F. & CORKERY, J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). *Journal of Psychopharmacology*, 22(1): 71-79, 2008.

SELEGHIM, M. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5): 1.163-1.170, 2011.

SIEGAL, H. A. et al. Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(2): 159-166, 2002.

SILVA, P. As Representações Sociais do Uso de Drogas entre Familiares de Usuários em Tratamento, 2007. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.