

5. O Paradoxo na Atenção ao Crack em Salvador entre a referência técnica e a fragilidade da articulação na rede

Joviana Quintes Avanci
Caroline Alves Feitosa

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AVANCI, J.Q., and FEITOSA, C.A. O Paradoxo na Atenção ao Crack em Salvador: entre a referência técnica e a fragilidade da articulação na rede. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 143-191. ISBN: 978-85-7541-554-2. <https://doi.org/10.7476/9788575415542.0007>.



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/).

5

O Paradoxo na Atenção ao Crack em Salvador: entre a referência técnica e a fragilidade da articulação na rede

Joviana Quintes Avanci
Caroline Alves Feitosa

Neste capítulo traça-se um panorama da situação do uso de crack por crianças, adolescentes e seus responsáveis na cidade de Salvador. Primeiramente, contextualizam-se as políticas públicas de enfrentamento de uso de crack na cidade e mostram-se algumas estatísticas desse consumo no grupo estudado. A seguir, apresentam-se os serviços da rede de atenção às crianças, adolescentes e famílias usuárias de crack e as características de seu funcionamento. O perfil dos usuários pesquisados e de suas famílias é um ponto abordado na sequência e, ao final, discute-se a articulação dos serviços da rede de Salvador na atenção à problemática e propõem-se algumas recomendações.

A CIDADE DE SALVADOR E O CONSUMO DE CRACK

Salvador, capital do estado da Bahia, com 706,8 km² de extensão (IBGE, 2008), tem em torno de três milhões de habitantes (2.948.733 habitantes), dos quais 46,9% são do sexo masculino e 53,1% do feminino (IBGE, 2008). É o município mais populoso do Nordeste e o terceiro do país. Há grande concentração da população nas faixas etárias de 10-19 e 20-29 anos.

É a cidade mais rica da região Nordeste e, em 2010, apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,759, valor superior à média da Bahia (0,660) e à do país (0,727) (IBGE, 2000, 2011). Apesar de ser considerada a mais rica da região, em 2012, os índices de desigualdade social estavam entre os mais altos do país – o Gini de Salvador é 0,559, maior que o do Brasil (0,498).

A cidade investe cada vez mais no turismo e tem forte influência da cultura africana, características que a destacam de outras partes do país e que influenciam o estilo de vida da população que ali reside.

A magnitude do uso de crack por crianças e adolescentes

Salvador, assim como outras capitais da região Nordeste, historicamente não aparece entre as cidades que estão no topo do uso de drogas no país. Todavia, recente estudo nacional e com base domiciliar mostra que as capitais do Nordeste detêm o maior número de crianças e adolescentes com uso regular de crack e/ou similares nos últimos seis meses no ano de 2012, se comparadas às demais regiões (Bastos & Bertoni, 2014). Deve-se, porém, constatar que são relevantes a ampla variação e as limitações metodológicas de estudos desenvolvidos sobre o tema no país.

Na primeira pesquisa domiciliar sobre drogas psicoativas no Brasil, em 2001, o Nordeste brasileiro aparece com percentuais intermediários (1,4%) para uso de cocaína alguma vez na vida, em comparação as demais regiões, tendo a região Sul os maiores índices (3,6%) e a Norte, os menores (0,8%) (Carlini et al., 2002). Em 2004, estudo desenvolvido com escolares revela que a região Nordeste apresenta percentuais inferiores no consumo de cocaína na vida (1,2%), na comparação com as demais regiões – 2,9% no Norte, 2,3% no Sudeste, 2,1% no Centro-Oeste e 1,7% no Sul (Galduróz et al., 2005). Nesse mesmo estudo, os dados dos escolares de Salvador revelam que as bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, pinga e outras) e o tabaco (em frequência diária) foram as drogas com maiores percentuais de uso no mês. Entre os solventes/inalantes (com índices inferiores aos observados na amostra global), predominou o consumo de cola. Para maconha e derivados da coca, os índices foram semelhantes à média brasileira. O consumo de medicamentos psicotrópicos foi relativamente pouco relatado, em comparação com muitas das outras capitais no Nordeste (Galduróz et al., 2005). Apesar de inferior às demais regiões, o que se observa é que, a partir de 2000, há um crescente aumento do consumo de cocaína entre estudantes das capitais do Nordeste, entre elas Salvador.

Em relação ao uso de crack na cidade, são poucas as estatísticas. Estudos indicam que esse consumo nas ruas da Bahia foi praticamente insignificante até 1997 – em torno de 1% (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). O Centro de Estudos e Tratamento de Abuso de Drogas (Cetad) informa que apenas no início do ano de 2000 começou a demanda pelo atendimento ao usuário de crack.

Interessante perceber que no estado, mais precisamente em Salvador, o crack surge quase dez anos depois de São Paulo, estado brasileiro pioneiro neste consumo.

A partir de 2003 houve um aumento significativo do uso de crack por crianças e adolescentes de rua no Nordeste, especialmente por meninos, sugerindo o aumento do acesso aos produtos de coca na região (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008), sobretudo por se tratar de uma droga barata. Dados publicados pela mídia revelam que em Salvador, em 2006, 26% dos novos usuários de drogas atendidos por um serviço especializado eram consumidores de crack. Em 2009, essa proporção aumentou para 34%; em 2008, chegou a 37,8% (Consumo, 6 fev. 2010).

Almeida (2000) estudou 160 meninos de rua desta cidade e constatou que a metade deles consumia crack, embora a maconha fosse a droga mais usada. Em outro estudo, o uso de crack foi citado por quase 10% das crianças e adolescentes de rua pesquisados (Galduróz et al., 2005).

Com a chegada do crack em Salvador, assim como ocorre nas demais localidades do país, há uma mudança no perfil de consumo e no ritual de uso das drogas, sendo necessárias mudanças nas estratégias de redução de danos, segundo as especificidades dos grupos de usuários. Além disso, é preciso atuar sobre os danos decorrentes à saúde, principalmente em função das condutas sexuais de risco na população usuária de crack, frequentemente reportadas como moeda de troca para o seu uso.

Políticas públicas para enfrentamento do crack e outras drogas

Salvador apresenta um pioneirismo importante na fomentação de políticas sobre drogas no país, sendo referência para o atendimento e enfrentamento do problema. Foi nesta cidade que, em 1995, foi implantado efetivamente o primeiro Programa de Troca de Seringas do Brasil e da América Latina (Andrade et al., 2001), após o fracasso da estratégia na cidade de Santos. O programa resultou de iniciativa do Cetad, da Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba) e contou com o apoio do governo municipal e estadual.

Dando continuidade à estratégia de redução de danos, no fim da década de 1990, também em Salvador, surge o Consultório de Rua,¹ cujo objetivo é atender a população em situação de risco e vulnerabilidade social, em que se

¹ A estratégia de abordagem é inspirada na organização não governamental francesa (ONG) francesa Médicos do Mundo, que atende moradores em situação de rua e profissionais do sexo em um ônibus equipado como se fosse uma clínica.

incluem crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. A experiência do Consultório de Rua de Salvador é referência para novos projetos previstos no plano nacional Crack, *É Possível Vencer*, o qual consolida sua atuação para o encaminhamento de usuários de crack e outras drogas que vivem nas áreas de maior risco social nos espaços urbanos.

O Consultório de Rua é caracterizado por uma equipe formada basicamente por médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos, que prestam atendimento aos dependentes químicos diretamente na rua, com o suporte de um ambulatório móvel. Após um mapeamento para identificar onde estão concentrados os usuários de drogas na cidade, os profissionais fazem a aproximação, entendida como uma intervenção com a população local, que pode durar semanas a meses.

Nesse período, é muito importante garantir que os usuários se sintam seguros e que entendam que essa equipe está disponível para ouvi-los, orientá-los e cuidar deles. Depois de conquistar a confiança dos frequentadores do local e distribuir kits com preservativos, curativos, medicamentos, cartilhas e material de conscientização sobre o uso de drogas, a equipe do Consultório de Rua faz um intenso trabalho educativo e psicossocial com os frequentadores da região. Contudo, quem conduz essa intervenção é o próprio usuário. As negociações levam em consideração se a pessoa quer ou não receber informações e orientações dos profissionais. Se houver confiança e vontade, surgem assuntos afins, como, por exemplo, a família, mas sempre respeitando as escolhas do usuário. A iniciativa parte do indivíduo e não da equipe profissional. O foco da atenção não é a abstinência ou a adesão a um tratamento, embora se espere que essas sejam consequências do trabalho feito na rua. O mais importante é a reinserção do usuário na sociedade, fortalecendo a sua cidadania.

Essa inovação de atendimento surgiu a partir do aprimoramento teórico-técnico de alguns especialistas, especialmente da Ufba. Na esfera da gestão pública de atendimento ao usuário de drogas, o que se observa é a existência de uma série de iniciativas, mas que denotam fragilidade em sua execução, apesar de, no Plano Municipal de Saúde de 2012-2013, o abuso de drogas ter sido considerado em todas as faixas etárias um problema importante. Apresentamos a seguir algumas iniciativas de enfrentamento do uso de drogas em Salvador nas diversas áreas da gestão pública, seja no nível municipal ou estadual.

Na área de saúde, em 2009, iniciou-se a discussão do Programa Municipal de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Previa-se a ampliação

da rede de serviços de tratamento, com a implantação de mais Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad), além de Consultórios de Rua, voltados para o atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua e vulnerabilidade social. O programa incluía também a capacitação dos agentes comunitários de saúde do município e de profissionais de Comunidades Terapêuticas, além de ações educativas e preventivas com a população, por meio de programas de rádio, ações em bairros e em postos de gasolina da cidade. Naquele momento, o coordenador do programa estava otimista: “Salvador se tornará uma das cidades com melhor organização dentro das áreas médica, psicológica e social para atendimento de usuários de substâncias psicoativas”²

Em 2010, foi apresentado o Plano Emergencial para Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas de Salvador, que propõe um conjunto de ações integradas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, composto por eixos relacionados à capacitação, ampliação da rede de assistência e mobilização social. A ideia original era capacitar toda a rede de atendimento e assistência aos usuários, assim como criar Caps ad II e Caps ad III³ em pontos estratégicos da cidade. Além disso, pretendia-se desenvolver mais três projetos, envolvendo a capacitação de agentes comunitários de saúde para enfrentar o problema, a instrumentalização dos profissionais das Comunidades Terapêuticas com informações sobre prevenção, redução de danos e tratamento da dependência de álcool e outras drogas, e sensibilização da população.

Em 2011, foi lançado o Pacto pela Vida, programa de Estado e política pública de segurança pública com interface intersetorial. Teoricamente, tem foco na prevenção e o principal objetivo é reduzir os índices de violência. Uma das principais ações do programa é o enfrentamento ao crack e outras drogas. O primeiro eixo dessa ação está na ampliação da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) para lidar com o problema, fortalecendo o funcionamento dos Caps. O segundo foca nas Comunidades Terapêuticas, que teriam os recursos ampliados a fim de aumentar as vagas para atender os usuários. O terceiro

² Disponível em: <http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Noticia20091119_3>. Acesso em: 16 jan. 2013.

³ Caps ad II: serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70 mil. É um serviço ambulatorial de atenção diária, que funciona de 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h. Já o Caps ad III é um serviço que funciona 24 horas, e é específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.

eixo é a integração e qualificação das redes de assistência social, ensino público estadual, segurança pública e justiça, para a prevenção e reinserção social de usuários, com ações nas áreas de comunicação, educação, esporte e cultura, e, em parceria com a sociedade civil, complementar o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (Suas). Também têm prioridade o apoio aos familiares que convivem com esta realidade e a criação de uma rede de atendimento para atuar de forma mais sistematizada no acolhimento, tratamento e reinserção de usuários. O plano contempla os municípios com maior índice de crimes violentos. Fica a cargo da Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (Suprad) e está vinculado à Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDDH).

Há que se ressaltar o Projeto Saúde “de Cara” na Rua, desenvolvido e coordenado pelo Cetad/Ufba, que tem como objetivo realizar ações informativas, educativas, preventivas e de redução de danos relacionadas ao uso de substâncias psicoativas junto à população de Salvador. A equipe transita em diferentes lugares da cidade, criando espaço alternativo, criativo e diferenciado, para discutir questões sobre saúde, por meio da música, teatro, performance e intervenção urbana. Trabalha-se em prol da melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente os usuários de substâncias psicoativas.

Na área de assistência social, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza é uma das parceiras do programa Pacto pela Vida, com previsão de atuação conjunta com instituições de acolhimento, a fim de retirar das ruas usuários de crack, encaminhando-os para centros de reintegração. Essa ação ocorre por meio do programa Bahia Acolhe, apresentado a seguir. Além disso, o Pacto pela Vida tem como objetivo mapear as instituições que atuam na prevenção e tratamento de usuários de crack e outras drogas, para identificar as práticas institucionais, investir em qualificação nas organizações e favorecer uma cultura de atuação em rede. O programa ainda prevê o cofinanciamento e monitoramento de projetos das Comunidades Terapêuticas.

O Bahia Acolhe atende a população em situação de rua e tem o objetivo de oferecer um conjunto de ações de assistência social. O programa vem implantando centrais de acolhimento, representando a porta de entrada na rede de proteção social. Tem funcionamento ininterrupto e oferece aos usuários acesso à alimentação, higienização, serviços de enfermagem e abrigo provisório, se for necessário. Funciona com abrangência estadual, podendo ser

acessado pelas prefeituras, que, para isso, têm responsabilidades específicas, a exemplo do acompanhamento das famílias das crianças, adolescentes e adultos atendidos. A operacionalização se realiza com participação dos chamados “agentes de proteção social”, que fazem a vigilância das situações de risco e vulnerabilidade, identificando os locais de maior incidência dessa população. O Bahia Acolhe funciona no âmbito do Suas e segue diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Em 2012, a partir de uma iniciativa do Ministério da Saúde, houve uma nova proposta de pacto para lidar com a presença do crack na Bahia. O objetivo era articular toda a rede de serviços de saúde, em especial a rede de saúde mental, para ampliar o acesso da população aos cuidados necessários. Previa a existência de uma rede completa de Caps III, Caps ad, Caps i (para crianças e adolescentes com sofrimento ou transtorno mental), Casa de Passagem, Ponto de Encontro e Residências Terapêuticas.

Na área de educação, há o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd). Apesar de pouco abrangente, tem caráter social e preventivo e vai além dos tradicionais programas de prevenção às drogas. Sua metodologia consiste em ensinar as crianças e adolescentes a reconhecerem e a resistirem às pressões para o uso de drogas. É implantado por policiais militares devidamente selecionados e capacitados.

Salvador tem um trabalho histórico com pessoas em situação de rua, que tem interfaces importantes com o uso de drogas. Ressaltamos o Movimento Nacional de População em Situação de Rua, criado em 2010, assim como a atuação de várias ONGs, entre as quais destacam-se: 1) o Projeto Axé, que atua na área da educação, arte/educação e defesa de direitos de crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, em especial dos que vivem em situação de rua. O processo educativo é iniciado com a Educação de Rua, que estabelece vínculos e estimula crianças e adolescentes a saírem das ruas e a ingressarem nas unidades educativas, espaços pedagógicos onde se realizam atividades lúdicas, artísticas e culturais, baseadas nos princípios da ética e dos direitos humanos; 2) o Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Yves de Roussan (Cedeca), que tem como objetivo desenvolver um trabalho que contribua para a proteção de crianças e adolescentes em situações de violências sexuais, crimes de homicídio, violência física e violação dos direitos. Dá orientação e apoio às vítimas e seus familiares com atendimento psicossocial e jurídico.

OS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS USUÁRIAS DE CRACK

Com a finalidade conhecer a rede de atenção para crianças e adolescentes usuários de crack e suas famílias existente no município, alguns procedimentos metodológicos foram adotados e estão apresentados detalhadamente no Anexo deste livro.

A Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (Suprad), da Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do estado da Bahia e o Cetad foram as principais instituições que orientaram o mapeamento dos serviços do município. A Secretaria Municipal de Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza apoiou a realização da pesquisa em 14 Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs), escolhidos por amostragem, com a aplicação de três questionários: um dirigido para a caracterização do serviço, em que o gestor respondeu a perguntas sobre a organização de sua unidade e a atuação dela na problemática do crack (14 questionários aplicados); um preenchido com base nas informações dos prontuários de crianças/adolescentes com histórico de uso pessoal de crack ou pelos seus pais/responsáveis, identificados pelos gestores e técnicos do SAI (54 questionários); um aplicado diretamente aos adolescentes presentes no momento da pesquisa e que afirmaram consumir ou ter consumido crack nos seis meses anteriores ao acolhimento institucional (seis questionários). No que se refere à idade: um tem 14 anos, dois têm 16 anos e igual número, 17 anos, e um tem 19 anos (ainda mantido em situação de acolhimento). Quatro são meninas e dois meninos. Cinco relatam a cor da pele como preta ou parda.

Foram também realizadas 12 entrevistas com representantes das seguintes instituições: SAI, Conselho Tutelar, Cetad, Caps ad III e 2ª Vara da Infância e Juventude. O principal objetivo das entrevistas com os gestores desses serviços foi conhecer o atendimento da unidade à demanda do uso de crack, assim como a articulação da rede na cidade. Além disso, foram entrevistados quatro adolescentes (dois atendidos no Caps ad III e dois em SAI) e dois familiares (um atendido no Cetad e um em SAI). Com os adolescentes e familiares, buscou-se conhecer as motivações, o consumo, a estrutura e o relacionamento familiar, as condições de saúde e a opinião sobre o atendimento oferecido pelos serviços.

Forneceram autorização para a realização da pesquisa em Salvador o Juizado da 2ª Vara da Infância e Juventude, e as secretarias municipais de

Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza e de Saúde. Neste último órgão, a autorização exigiu mais tempo em virtude do Caps ad III estar momentaneamente fechado por iniciativa dos profissionais do serviço, que alegavam falta de estrutura para atuar. O estopim dessa situação foi a ocorrência de um conflito interno entre um adolescente e a guarda municipal. A partir daí, a unidade passou a funcionar sem segurança.

A despeito das dificuldades encontradas, apresentamos a seguir o mapeamento da rede local de serviços de saúde e da assistência social de Salvador. Ressaltamos, contudo, que não foi fácil consolidar o modelo de atendimento aqui exposto, uma vez que uma mesma unidade, em alguns casos, encontrava-se em mais de uma área de atuação. Assim, optamos por apresentar os serviços existentes na cidade, sem nos preocuparmos tanto com a sobreposição, mas sim com a sua organização segundo o foco deste trabalho: a atenção ao uso de crack às crianças e adolescentes e suas famílias.

Os serviços de saúde que, na ocasião da pesquisa, compunham a rede para usuários de crack são: 55 unidades básicas de saúde; 47 unidades Saúde da Família; dez unidades de pronto atendimento, sendo uma de assistência psiquiátrica; 14 bases de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); 41 ambulatórios especializados (com atendimentos clínicos pontuais direcionados a usuários de álcool e outras drogas e seus familiares ou portadores do vírus HIV/Aids), contemplando as unidades de saúde que desenvolvem programas de tabagismo, os centros de saúde, os ambulatórios e as clínicas especializadas (que podem atender públicos exclusivos de crianças, adolescentes, adultos e idosos). A maioria desses serviços tem foco na saúde mental.

São os seguintes serviços de saúde mental identificados: três Caps I; 16 Caps II; dois Caps III; três Caps ad e dois Caps i (infantojuvenil); dois Consultórios de Rua; cerca de 30 ambulatórios especializados, entre os quais estão a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARFC), o Cetad, as unidades com o Programa de Controle do Tabagismo, os centros de saúde, o Projeto Capitães de Areia e os serviços oferecidos por faculdades e universidades. Cerca da metade dessas unidades atende crianças e adolescentes, com maior oferta de serviços para adolescentes. Há 12 Comunidades Terapêuticas, entre as quais pelo menos duas atendem adolescentes, e dois hospitais psiquiátricos destinados ao público adulto.

É importante frisar que na área da saúde, o Cetad foi, durante muito tempo, o único serviço especializado na atenção ao usuário de substâncias psicoativas

no estado da Bahia. Contudo, a partir de 2002 outros serviços foram criados, especialmente os Caps ad e Caps ad III, este último mais voltado para o atendimento de adolescentes.

O Cetad nasceu como programa da universidade e hoje recebe apoio principalmente da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), que destina recursos materiais e humanos da assistência, da educação e do ensino. É o órgão responsável pela execução das ações na área de álcool e outras drogas pela Sesab e centro de referência regional, selecionado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, cuja principal função é a capacitação profissional. Atualmente, exerce a função de cooperação interinstitucional e compõe-se dos seguintes núcleos de atividade: 1) clínica: responsável pela assistência propriamente dita aos usuários e aos familiares. É um serviço aberto à comunidade, com atendimento psicológico, psiquiátrico, estratégias grupais e oficinas terapêuticas; 2) ensino: estágio, curso de especialização e programa de residência. Além disso, há oferta de cursos de atualização ou de capacitação à equipe de saúde, de agentes multiplicadores ou de redutores de dano; 3) ações comunitárias: educação para a saúde voltada para a demanda da comunidade e com o foco na prevenção, atendendo a demanda espontânea de empresas, escolas, associações de bairro e da comunidade de maneira geral; 4) estudos e pesquisas; 5) documentação e produção editorial. Há também o Cetad Observa, um veículo de notícias especializado na temática álcool e outras drogas, e que divulga no seu site informações atualizadas acerca do que acontece nos campos da saúde pública, direitos humanos, políticas e ciência.

O Projeto Capitães de Areia é outro serviço a ser destacado. Está ligado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e presta assistência direta a crianças e adolescentes de rua. Atua como Consultório de Rua e tem apoio técnico do Cetad. Opera no centro histórico, onde há uma maior concentração de crianças e adolescentes de rua, por conta do turismo.

O Caps ad III é o principal serviço responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas da cidade. Foi criado em 2010 para funcionar como referência para esse tipo de trabalho no município. Contudo, o gestor desse centro comenta que, devido à demanda da população adulta, houve uma expansão para atender esta clientela. Na ocasião da pesquisa, pela falta de estrutura e apoio da Secretaria Municipal de Saúde na execução das atividades da unidade como Caps ad III, entre as quais está o funcionamento 24 horas, a intenção do gestor era readequá-la em Caps ad II, o que não

ocorreu. Apesar de oficialmente ter sido planejado e criado com Caps ad III, a unidade de Pirajá nunca havia funcionado como tal, em decorrência da falta de estrutura e de recursos humanos necessários para realizar as atividades propostas, principalmente o atendimento 24 horas. Dessa forma, foi proposta a readequação da unidade para Caps ad II.

Em relação aos serviços da área de assistência social, identificaram-se: 19 Centros de Referência de Assistência Social (Cras), cinco Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), nove Centros Sociais Urbanos, ligados à Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (Sedes). Nessas unidades, as comunidades participam de ações socioeducativas e projetos de fortalecimento da cidadania e desenvolvimento social. São ações contínuas na área de esporte, cultura, inclusão digital, capacitação e geração de renda, entre outras.

Segundo a gestora entrevistada da Sedes, praticamente não há serviços no órgão destinados ao atendimento de uso de drogas por crianças e adolescentes. Há apenas uma pequena entidade conveniada, com capacidade para atender 16 adolescentes e que aceita os que têm entre 10 e 13 anos com comprometimento leve relacionado ao uso de drogas. No mais, relata que existem somente atendimentos ambulatoriais e Comunidades Terapêuticas, mais voltados para o público adulto. Ressalta, contudo, a incipiência das Comunidades Terapêuticas e a sua orientação religiosa.

Além dos órgãos citados, há ainda em Salvador 18 Conselhos Tutelares, que podem apoiar o cuidado para crianças, adolescentes e familiares em situação de uso de crack.

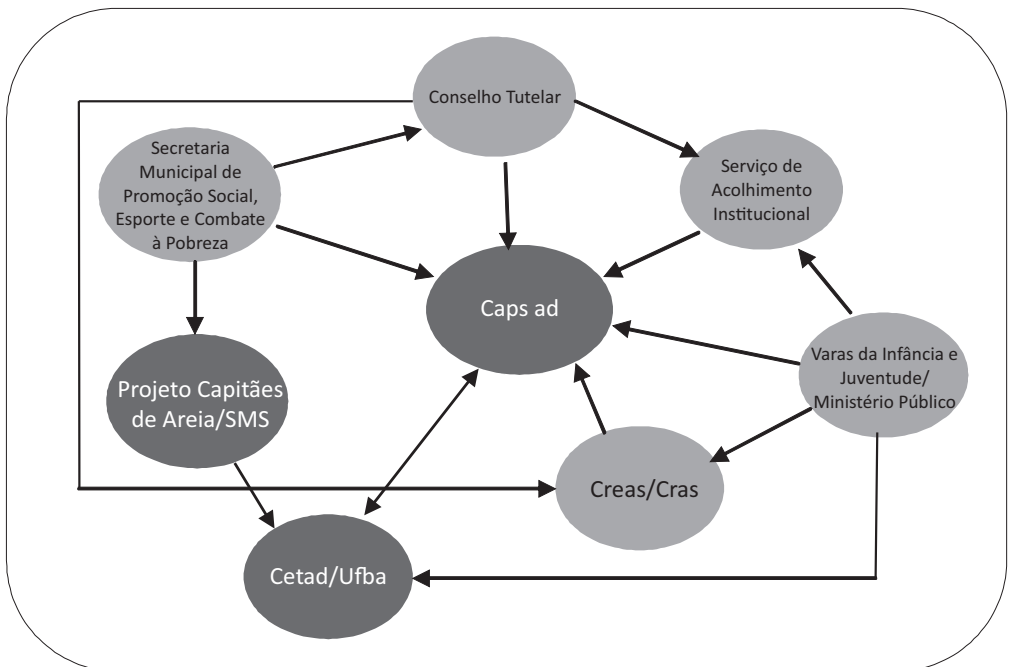
O que se observa em Salvador é a existência de certa fragilidade das políticas públicas para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas, em especial das crianças e adolescentes. Segundo estimativas da Secretaria Municipal de Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza, há cerca de 2.400 usuários de crack morando nas ruas, entre crianças, adolescentes e adultos. Contudo, encontram-se na cidade apenas três Caps ad – um deles inaugurado em 2012 –, embora o número ideal de Caps ad seja 12, considerando-se que Salvador tem quase três milhões de habitantes.

No âmbito estadual, acrescenta-se que, na ocasião da pesquisa, não havia leitos para tratamento de dependentes químicos nos hospitais gerais; os usuários que davam entrada para processo de desintoxicação eram atendidos de forma improvisada em centros de internação psiquiátricos. Depois de tratados,

retornavam às drogas nas ruas. Percebe-se uma forte demanda dos especialistas para a criação de unidades de acolhimento temporário, onde os pacientes pudessem ser acompanhados por profissionais no processo de recuperação.

Com base nos dados levantados, especialmente das entrevistas qualitativas, propomos a seguir um fluxograma simplificado de serviços de Salvador que prestam assistência à população infantojuvenil usuária de substâncias psicoativas (Figura 1). Como se observa, ao lado do Caps ad III, o Cetad e o Projeto Capitães de Areia são as principais unidades que oferecem esse tipo de atendimento, sendo o primeiro a principal referência na cidade. Ressaltamos que o serviço denominado Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti agregou em 2012 o projeto do Caps ad II. Contudo, na ocasião do estudo, essa unidade não foi pesquisada nem apontada como referência para a atenção aos usuários de crack na cidade. Por essa razão, não apresentamos informações mais precisas sobre esse serviço, tampouco o incluímos na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma simplificado de serviços que prestam assistência a crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas. Salvador – 2012



O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS USUÁRIAS DE CRACK

O acolhimento institucional é destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deve assegurar privacidade, respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de ciclos de vida, raça/etnia, gênero e orientação sexual (MDS, 2009).

Entre os 14 SAIs visitados,⁴ dez atendem crianças (até 11 anos) e 13, adolescentes (Tabela 1); cinco recebem exclusivamente adolescentes e um apenas crianças. Em apenas dois serviços, constata-se a presença de crianças que usam drogas em geral, sem que fosse mencionado o consumo de crack. Entre os que atendem adolescentes o quadro é diferente: 53,8% acolhem usuários de drogas em geral e 30,8%, crack. Em relação aos responsáveis, 60% a 70% dos serviços informam o consumo de drogas em geral e 50% desses serviços acolhem responsáveis que utilizam ou utilizavam crack.

Tabela 1 – Serviços de Acolhimento Institucional que atendem crianças e adolescentes e seus responsáveis com história de uso de crack e drogas em geral (N=14 SAI). Salvador – dezembro 2011 a fevereiro 2012*

Consumo de drogas	SAIs que atendem crianças N=10**		SAIs que atendem adolescentes N=13***	
	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	2	20,0	7	53,8
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	4	30,8
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	6	60,0	9	69,2
Responsáveis com história de uso de crack	5	50,0	6	46,2

* Informações dadas pelo gestor do serviço.

** Quatro SAIs não têm crianças acolhidas.

*** Um SAI não tem adolescentes acolhidos.

Na Tabela 2 verifica-se que 364 crianças e adolescentes estão acolhidos nos 14 serviços visitados na pesquisa. Em relação às 189 crianças presentes nos SAIs,

⁴ Ver detalhes sobre a amostra no Anexo.

duas utilizam drogas em geral e nenhuma crack. Seus responsáveis mostram intimidade maior com drogas em geral (24,3%) e com o crack (15,9%). Entre os 175 adolescentes, 16% usam drogas em geral e 3,4%, crack; entre seus responsáveis, tem-se 23,4% e 10,8%, respectivamente.

Tabela 2 – Uso de crack e drogas em geral por crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional e de seus responsáveis. Salvador – dezembro 2011 a fevereiro 2012*

Consumo de drogas	Crianças N=189		Adolescentes N=175		Total N=364	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	2	1,1	28	16,0	30	8,2
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	6	3,4	6	1,6
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	46	24,3	41	23,4	87	23,9
Responsáveis com história de uso de crack	30	15,9	19	10,8	49	13,5

* Informações dadas pelo gestor do serviço.

A maior parte dos 14 SAIs visitados já atua há muitos anos. Apenas um tem sete meses de existência, e dois têm entre quatro a seis anos. Quatro deles têm entre 11 e 19 anos de atividades, três entre 20 e 25 anos, e os quatro mais antigos têm entre 46 e 82 anos de existência.

Onze serviços (78,6%) funcionam em formato de abrigo tradicional, um em Casa Lar em comunidade e dois em aldeia. Um SAI abriga apenas rapazes de 15-17 anos de idade, um tem convênio com presídio para acolher filhos de presidiárias e outro foi criado especificamente para abrigar crianças e adolescentes em situação de violência. Há ainda uma unidade destinada exclusivamente para crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais, com problemas mentais ou comprometimentos cognitivos severos. Um dos serviços estava fechando no momento da pesquisa.

A maioria dos SAIs visitados são organizações não governamentais (71,4%); 21,4% são unidades públicas municipais e apenas um é estadual. Grante parte tem orientação religiosa (dez), quatro são católicos, dois evangélicos, um espírita e três são ecumênicos. Entre os quatro sem orientação religiosa, todos são públicos.

O atendimento oferecido às crianças e adolescentes em situação de risco social está voltado exclusivamente a algumas clientela mais específicas: 13 SAIs recebem população de rua (92,9%); em cinco estão os usuários ameaçados de morte (38,5%); dez estão dispostos a atender os que têm algum transtorno mental ou doenças infectocontagiosas (71,4%); e cinco serviços afirmam receber crianças e adolescentes com uso de crack e outras drogas (35,7%), embora não sejam exclusivos para esse fim.

A maioria dos SAIs de Salvador tem equipe técnica própria (13): 11 têm assistentes sociais na equipe (78,6%) e em nove deles se agregam psicólogos (64,3%), fisioterapeutas, enfermeiros, pedagogos, sociólogos, educadores e dentistas; estagiários integram as equipes de 12 serviços, especialmente pedagogos e educadores. Foram ainda mencionados os seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, pediatra, fonoaudiólogo, psicopedagogo. Monitores, mães sociais e voluntários também foram citados.

Constata-se, nestes SAIs, a precária capacitação dos profissionais para o atendimento ao usuário de drogas em geral, e mais ainda para o crack. Especificamente em relação ao crack, os profissionais que demonstram ter se envolvido mais em capacitação são: equipe técnica (28,6% dos profissionais, totalizando nove técnicos) e direção (21,4% e três funcionários capacitados, respectivamente). Vêm a seguir o cuidador/educador/mãe ou pai social (7,1%) e a coordenação (7,1%).

PERFIL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK E DE SUAS FAMÍLIAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

É uma população de extrema vulnerabilidade, seja pela idade, seja pela falta de condição ou de acesso ao tratamento.
(gestor do serviço especializado de saúde)

Em linhas gerais, o perfil e as condições de vida dos usuários de crack e outras drogas são pouco conhecidos pelos profissionais da saúde. Sabe-se que a maior utilização de crack ocorre entre jovens, predominantemente do sexo masculino e de baixa renda (Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). Contudo, o conhecimento mais acurado dessa população é importante quando se pensa no

planejamento de ações e na assistência à saúde propriamente dita, assim como na intervenção na abordagem social e na proteção e defesa dos direitos humanos.

Entre as 364 crianças e adolescentes presentes na amostra de 14 SAIs investigados (Tabela 2), o uso de crack foi referenciado pelos gestores para seis adolescentes e 49 responsáveis. Foram preenchidos 54 formulários de registro com base nos prontuários das crianças e adolescentes que consomem crack ou de seus responsáveis que fazem esse uso na cidade de Salvador, coletados no período de 1º de dezembro de 2011 a 24 de fevereiro de 2012.

As idades dessas crianças e adolescentes acolhidos com história de uso pessoal de crack, ou de seus responsáveis, estão entre: 5-7 meses (9,3%), 1-4 anos (18,5%), 5-9 anos (13%), 10-14 anos (27,8%) e 15 e 18 anos (31,4%). Um conselheiro tutelar da cidade informa que cada dia é menor a idade de início do consumo de drogas ou mesmo do exercício de funções primárias do tráfico, como a de aviãozinho. Em geral, os mais novos são abrigados por conta do consumo de drogas dos seus responsáveis, enquanto os mais velhos, por conta do próprio uso. Verifica-se, entre outros dados, que 53,7% desse grupo são meninas, 35,2% têm trajetória de rua e 53,7% não frequentam a escola.

Entre os acolhidos fora da escola segundo faixa etária, constata-se que todas as 17 crianças até 5 anos de idade não estão matriculadas no ensino infantil;⁵ há seis fora da escola na faixa esperada para o ensino fundamental (6-14 anos), totalizando 30% das crianças/adolescentes na faixa etária esperada (quatro deles têm 14 anos); e há outros seis para o ensino médio (15-18 anos), alcançando 35,3% dos adolescentes dessa idade. Nas entrevistas qualitativas com os adolescentes usuários de crack, quase todos afirmam que é grande a defasagem entre série e idade e que pararam de estudar por causa do uso da droga.

Os dados relativos a distúrbios de saúde revelam que 21 crianças/adolescentes (38,9%) sofrem de algum problema (18,5% com comportamento agressivo, 5,6% com depressão ou ansiedade e um caso de deficiência mental). Anemia, problemas respiratórios, dificuldades de aprendizagem, dificuldades de visão e audição são mencionados por outros acolhidos.

No que se refere à proximidade com o crack, observa-se que 88,9% das crianças/adolescentes moraram com alguém com problema com o uso de crack/drogas nos últimos 30 dias antes do acolhimento. São inúmeras as dificuldades

⁵ Etapas de ensino no Brasil: educação infantil – creche, até 3 anos de idade; pré-escola, 4 e 5 anos. Ensino fundamental de nove anos – anos iniciais (faixa etária de 6 a 10 anos de idade, com cinco anos de duração) e finais (faixa etária de 11 a 14 anos de idade, com quatro anos de duração).

enfrentadas por essas famílias. São histórias de pais usuários que faleceram em decorrência de Aids, tuberculose ou da proximidade ou envolvimento em crimes. Há também alguns casos de mães envolvidas no tráfico ou que estão presas, moradoras de rua ou que abandonaram o(a) filho(a) por causa da droga.

Entre os principais motivos para o acolhimento dessas crianças/adolescentes estão: abandono pelos pais ou responsáveis (46,3%), situação de rua (31,5%), dependência química dos pais/responsáveis (22,2%), ameaça de morte (18,5%) e violência doméstica física (16,7%). Com percentuais menores tem-se: ausência dos pais/responsáveis por prisão (13%), entrega voluntária dos pais/responsáveis (9,3%), violência doméstica sexual (7,4%), carência de recursos materiais da família (5,6%), violência extrafamiliar (3,7%), negligência (1,9%), violência doméstica psicológica (1,9%), transtorno mental dos pais/responsáveis (1,9%), uso/abuso de crack por parte da criança/adolescente (1,9%). Estes dados, que não diferem significativamente dos números no restante do país, revelam a expressiva vulnerabilidade da amostra pesquisada (Assis & Farias, 2013).

Na investigação do tempo de institucionalização do atual acolhimento, verifica-se que entre as 54 crianças/adolescentes identificados, 52% estavam há menos de um ano no SAI visitado no momento da pesquisa. Outros 18% estavam há um ano, 14% há dois anos e 16%, entre três e oito anos na mesma unidade. Cerca da metade das crianças/adolescentes já haviam sido acolhidos anteriormente na mesma instituição ou em outro SAI, indicando as vastas trajetórias institucionais de muitos deles, mesmo em idade tão jovem.

Quanto à situação na justiça, apenas 25,9% dos acolhidos têm procedimento administrativo na Vara da Infância e Juventude, como, por exemplo, pasta especial ou processo. Ressalta-se que o número encontrado é muito baixo, já que a totalidade das crianças e dos adolescentes em situação de institucionalização deveria ter tal procedimento na justiça. Além disso, em apenas 18% dos casos com tais procedimentos/processos, é abordada a questão do consumo de crack por parte da criança/adolescente ou seus responsáveis (descrição do fato, encaminhamentos realizados devido ao problema).

Essa falta de dados nos documentos oficiais se reflete na situação legal da criança e do adolescente usuário de drogas ou de seus responsáveis, já que diminui a possibilidade de adoção. O percentual de ausência de informação nos prontuários é de 37%, o que dificulta a análise dessa questão e indica a fragilidade dos documentos oficiais sobre os acolhidos. Sete crianças/adolescentes acolhidos nessa situação estão legalmente encaminhadas para

adoção (aguardando colocação – 13%); nenhum está em processo de colocação para adoção, ou seja, iniciando a aproximação com adotantes; tampouco há casos em que a destituição do poder familiar tenha sido concluída. Isso significa que há apenas 13% de crianças/adolescentes usuários de drogas ou cujos responsáveis utilizam drogas que preenchem critérios para a condição legal de adoção na cidade de Salvador. As demais crianças/adolescentes estão nas seguintes situações quanto ao aspecto legal: 16 em fase de avaliação/preparação para reintegração/retorno ao convívio com os responsáveis (29,6%); dois com suspensão do poder familiar (3,7%); nove com a destituição do poder familiar em tramitação (16,7%); e nenhum com processo tramitando de guarda/tutela ou com sentença pendente de recurso. Vale ressaltar que nenhum adolescente envolvido com o uso de crack/drogas está em cumprimento de medida socioeducativa.

As famílias das crianças e adolescentes usuários de crack

Estudos revelam que o tipo de relacionamento e as práticas culturais familiares muitas vezes podem servir de estímulo para a experimentação e a continuidade do uso de drogas por crianças e adolescentes, pois a família, como geradora de cultura, transmite hábitos e costumes, crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e também sobre o uso de drogas. O papel da família é de proteção – promovendo e desenvolvendo a saúde de seus membros –; mas, paradoxalmente, pode ser também de risco – destruindo e desintegrando (Selegim et al., 2011; Schenker, 2008).

A maior parte do grupo de 54 crianças e adolescentes usuários de crack pesquisados ou com responsáveis usuários tem família morando na cidade de Salvador (92,3%). A manutenção do vínculo familiar durante o período de acolhimento é relatada em 42,6% dos casos; 37% das crianças/adolescentes não têm mais vínculo com seus familiares; 11,1% têm família desaparecida; 5,6% têm impedimento judicial de contato; e em dois casos não há mais familiares. Com relação a esse quadro, tem-se que 55,6% ainda recebe visitas na instituição, especialmente da mãe (53,3% dos que recebem visitas), avós (26,7%) e irmãos (20%). Apenas dois acolhidos recebem visita do pai (6,7%). Outros parentes (3,3%) e pessoas (10%) também são apontados como visitantes.

Entre as informações dos seis adolescentes usuários que estavam acolhidos no SAI sobre a estrutura de suas famílias, há registros de que todos têm irmãos,

e a maioria deles (cinco) continua vivendo com a família de origem. Há um adolescente com irmãos que já foram adotados, e outro que menciona irmãos em situação de rua.

Nas entrevistas qualitativas com os seis adolescentes/famílias usuários de crack do SAI ou inseridos nos serviços de saúde, constata-se que a convivência com a família é entremeada com a vivência na rua. A maioria deles tem família numerosa, com muitos irmãos, mas quase todos não vivem mais em casa. A existência de padrasto é mencionada por alguns adolescentes, e praticamente não há relato de convivência com o pai. Também é mencionada a convivência com novos parceiros dos pais ou do próprio adolescente. Um dos adolescentes em tratamento no serviço de saúde conta que na época do consumo de crack morava sozinho, mas depois do tratamento voltou a viver com a família de origem.

O vínculo familiar desses adolescentes é bem frágil e prevalecem histórias de abandono, violência, conflitos, doenças, mortes e problemas de familiares com o álcool e outras drogas. Apenas os dois jovens em tratamento no serviço de saúde especializado relatam que têm bom relacionamento familiar e que não estão mais dependentes da droga. Uma adolescente do SAI, abandonada pela mãe nos primeiros dias de vida, narra o que sente por seus pais: “Com quinze dias de nascida, minha mãe me abandonou. Para mim eles [pais] não significam nada. Eles não são nada”. A avó da adolescente comenta o abandono da neta: “Ela nasceu de 7 meses. A mãe abandonou ela com broncopneumonia, e botando secreções pelos ouvidos, uma infecção intestinal quando ela fazia o cocô: (...), parecia peixe podre. Eu corri e hoje ela está com 17 anos”.

Outra fala de um familiar de adolescente usuário de crack exemplifica a complexidade dos problemas vividos:

Hoje, minha família sou eu e minha mãe. Ela é doente mental, hipertensa e diabética. Tem 93 anos de idade. Eu tinha sete filhos, faleceram dois. A menina, em 2009, com câncer no fígado, e o menino faleceu agora em junho, no dia 6 de junho, com enfisema pulmonar (...). Porque ela [mãe – bisavó da adolescente] morava na casa dela com meu irmão, mas diante da situação dela, que era muito agressiva, findou meu irmão sofrendo do coração e veio a falecer. Minha irmã, por uma vez que ela ficou sozinha, minha irmã casada veio morar na casa dela, para tomar conta dela. Não aguentou também o sofrimento, faleceu de derrame cerebral. Deixando quatro filhos.

Entre os problemas vivenciados, vale ressaltar o histórico de abuso de álcool e outras drogas pelos familiares. Tanto nos registros dos seis adolescentes usuários e acolhidos no SAI quanto nas entrevistas qualitativas com os adolescentes e familiares, constata-se o uso frequente de substâncias psicoativas (maconha, cocaína e crack) por pais e irmãos. O álcool é ainda mais consumido. Os adolescentes apresentam reações antagônicas em relação ao consumo intenso de drogas pelos familiares. Alguns banalizam e apoiam a prática, enquanto outros demonstram grande insatisfação. Uma adolescente do SAI diz chorar quando vê a mãe bebendo, já que não pode fazer nada:

Eu não quero que minha mãe use droga nenhuma. Não use droga, nem cachaça nenhuma (...). Porque minha mãe, eu amo. Se eu ver minha mãe nesse lugar, eu parto com o cara no chão, (...). Porque eu sei que acaba, que mata! Ver minha mãe se matar, não, você é doido!

Também é grande a fragilidade da situação de saúde desses responsáveis usuários, comprovada pela morte de um deles por cirrose e de outro por tuberculose.

O que pode levar ao consumo de crack por crianças e adolescentes?

O uso de crack e outras drogas está relacionado a um conjunto de fatores culturais, históricos, econômicos e sociais. Sexo, idade, classe social e fatores psicossociais, como a influência de amigos e as relações interpessoais na família, são fatores associados ao uso e ao tratamento desse problema de saúde (Baus, Kupes & Pires, 2002). Um gestor de um serviço de saúde especializado ressalta o impacto da degradação social no uso e no cuidado dos usuários:

O crack é uma excelente arma de extermínio de uma população que não interessa ao sistema, que não interessa a esse modelo econômico de produção. Não interessa! E a gente tem visto esse fenômeno ocorrer da forma que tem acontecido porque essas pessoas são privadas de muitas outras coisas. Eu tenho tido a oportunidade de atender usuários graves de crack no meu consultório privado, em que é possível você fazer muita coisa, muita coisa. Essas pessoas têm acesso ao melhor tratamento psiquiátrico, ao melhor tratamento psicoterápico, a ambientes protegidos de excelente qualidade. (...) Sendo que, no serviço público, a gente não tem nada disso. Essas pessoas que eu diria de um poder aquisitivo maior, mesmo que elas tenham um prejuízo muito grande pelo efeito da droga e pelo

consumo compulsivo da droga, quando elas se recuperam, elas têm outras fontes de estímulo, outros pontos de ligação. (...) E na maioria da população menos favorecida, (...) quando a gente consegue tirar o crack, não existe ancoradouro algum! [breve pausa] (...) Então isso me assusta.

Os profissionais dos serviços pesquisados identificam alguns aspectos que podem levar crianças e adolescentes a usar crack, entre os quais se destaca a situação de grande vulnerabilidade social em que esses jovens estão inseridos. Um gestor do serviço de saúde ressalta que o uso de crack não é uma opção por “prazer, bandidagem, marginalidade”. Comparando os fatores causais do consumo de crack com os relacionados a outras drogas, um gestor entrevistado comenta a relevância da fragilidade social e econômica desses usuários e suas famílias:

Falta de trabalho, falta de escola boa, falta de alimentação, estar em situação de rua. (...) Acho que a questão do crack está numa relação intrínseca com problemas estruturais que foram relegados durante anos e anos. (...) As pessoas buscam crack como um paliativo para algumas situações (...). Por exemplo, muitas pessoas que trabalham como catadores de lata, usam crack, por quê? Porque o crack tira a fome e dá a ele uma energia para sair correndo para lá e para cá, catando lata, tira o sono dele. Para quem dorme na rua, tem que estar em estado de alerta. Então assim o próprio efeito do crack (...), ele traz características importantes para pessoas que estão, geralmente, em situações sociais enfraquecidas. Porque existe uso de crack na classe alta e média, não posso dizer que não existe, mas é muito, muito, muito menor efetivamente que na classe baixa. (gestor de Caps ad III)

A fragilidade da família, a privação social e financeira, a precariedade da escola e o poder do tráfico de drogas são os fatores principalmente apontados pelos profissionais entrevistados como desencadeadores do problema.

A mulher que, a cada um, dois anos, tem um parceiro diferente e que tem filhos com parceiros diferentes. Essa mulher que também é a provedora da casa (...) e que tem que sair, e esses filhos têm que ficar sendo cuidados pelos outros, e que vai ter acesso à rua mesmo. A falta de uma escola que seja interessante, para esse adolescente, para essa criança. Você não tem uma atividade no contraturno da escola, na própria escola ou na comunidade. Então assim, falta isso, e o que sobra? O que sobra é a droga muito fácil que está dentro dos bairros.

(...). Ele atrai esse jovem com coisas que nós não conseguimos atrair, porque ele chega para um jovem de 14 anos e oferece um salário só para ficar na esquina avisar se vem alguém. E ele passa fome dentro de casa. Ele não tem acesso a um sapato que ele quer e aquilo dá acesso a um mundo que ele não tem. (gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza)

Na fala de alguns gestores, nota-se uma visão preconceituosa e estigmatizadora das famílias pobres, reproduzindo o senso comum, o que não contribui para fortalecê-las, tampouco para superar o problema. Outros fatores causais menos lembrados pelos gestores dos serviços são o consumismo e a influência da mídia.

Interessante perceber que os adolescentes e os familiares entrevistados ressaltam outras causas para o consumo de crack, enfatizando as características individuais do adolescente (impulsividade e curiosidade), a influência dos amigos, a violência física familiar, o abandono e a rejeição dos pais, e o histórico familiar de uso de drogas.

No começo eu usava muita droga mesmo por ver aquela coisa [mãe usando álcool]. Assim, se ela morrer... Eu tenho que morrer antes dela. Porque eu não vou aguentar ver minha mãe morta. Eu acho assim que, se a minha mãe morrer, o mundo acabou. Então eu tenho que morrer primeiro que ela. Por isso estou nas drogas, no crack mesmo. Por isso eu uso crack. (adolescente em SAI)

Já apanhei muito. Já trabalhei muito, para poder ter dinheiro. Enjoei. De pagar pau para os outros. Meus irmãos tudinho me bateram, meu padrasto me bateu. Aí eu fiquei aloprada e fui para a droga. Dormi na rua. Me torturavam. Meu padrasto. Minha mãe não. Minha mãe quase não me batia. Meu padrasto me batia. Meu padrasto pipocou este ouvido meu. Com uma tapa. Aí eu não escuto muito direito. Ele me colocava meu pé na corrente, no portão. Deixava sentada. Só levantava para mijar, para comer, para ir no banheiro. Na corrente, no cadeado. Meus irmãos me batiam. Esse menino [irmão] que vende droga, quando a droga dele sumia lá em casa, geralmente eu pegava uma pedra, duas pedras de crack, mas no pó, não mexo no pó, nem na maconha. Mas aí sumia; ele me pegava e me batia. Minha mãe ia para cima dele, ia com faca. Ia para cima dele com pau. (adolescente em SAI)

Um adolescente menciona outros dois fatores importantes que podem levar ao consumo de crack: a crença de que o usuário é capaz de parar de usá-lo a

qualquer momento e o consumo de outras drogas, como a cocaína, que passam a ser consideradas fracas.

Apenas uma mãe, que teve papel importante no tratamento do filho, comenta a influência dos pais na entrada dos filhos no uso da droga:

O que nós precisamos hoje, os nossos meninos, é apoio, mas não só apoio dos governantes, e do Ministério Público, do Cetad. Apoio também dos pais. Eu sei que tem muitos pais que trabalham, eu também trabalhei. E quando ele fugia de casa, também eu trabalhava na época. Ninguém tomava conta dele, ninguém suportava tomar conta dele, porque ele era muito danado. (...) Porque hoje a criação desses meninos é totalmente diferente da que a gente tinha. Hoje o filho olha para a cara de uma mãe e faz o que quiser e acabou. (familiar de adolescente em serviço de saúde)

A vivência de rua, a forma de ganhar dinheiro e o uso de preservativos por adolescentes usuários de crack

Sinto vontade de parar e não consigo. Só isso. Não consigo mesmo. Acho que se eu sair daqui [SAI] agora, eu vou arrumar um dinheiro para usar. Não sei o que é. Essa droga é um diabo.
Não tem remédio para essa droga!
(adolescente em SAI)

É praticamente consensual que o uso múltiplo de substâncias psicoativas é uma característica marcante no padrão compulsivo de utilização, substituindo paulatinamente o consumo exclusivo de uma só droga. Nas entrevistas com os adolescentes/família usuários do SAI e do serviço de saúde, relatos apontam o uso de crack há vários anos. Outro ponto mencionado pelos familiares é o perfil mais problemático desses jovens desde pequenos.

Nos registros de todos os seis adolescentes identificados como usuários pelo SAI, verificou-se o consumo de álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack ao longo da vida, indicando a conjunção do uso de várias drogas. Quatro relatam o uso de mesclado (especialmente maconha e crack) e produtos para sentirem um “barato”; três consumiram oxi; dois usaram LSD ou outro produto que provoque alucinações. Heroína, morfina ou ópio também foram relatados (um adolescente), bem como tranquilizante, ansiolítico ou calmante (quatro), remédio ou xarope (três) e haxixe (um). Muitos se referem à hierarquização do consumo de drogas, que pode começar por uma droga mais leve passando às mais pesadas ou vice-versa, das mais pesadas às mais leves.

Similarmente, estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008) com usuários de crack da cidade de São Paulo demonstra que o uso múltiplo de drogas é uma forma de tentar manipular a intensidade ou a duração dos efeitos de crack, seja como paliativo aos efeitos negativos, seja para intensificar ou prolongar os efeitos positivos.

O uso de drogas no mês anterior ao acolhimento das crianças e adolescentes pesquisados foi confirmado para as seguintes substâncias: metade utilizou álcool (até oito dias no mês), maconha (variando de uma vez por semana até todos os dias) e cocaína, usada mais na forma nasal do que na fumada, (diariamente); cinco consumiram tabaco e crack quase todos os dias; dois utilizaram outras substâncias para sentir “barato” via oral e nasal (um deles usou uma única vez no período e outro diariamente); um consumiu oxi todos os dias. Um dos adolescentes já utilizou drogas injetáveis, e a overdose de crack foi mencionada por três deles.

Constata-se que o gasto médio dos seis adolescentes com drogas no último mês varia de acordo com a substância utilizada, com destaque para o elevado gasto com crack, que equivale a um pouco mais de três salários mínimos (SM) e pode chegar a quase dez SM. Em ordem decrescente, tem-se o gasto médio mensal com maconha (quase um SM e meio), cocaína (um pouco mais de meio SM), tabaco (cerca de 30% do SM), oxi (13% do SM) e álcool a (10% do SM).

Quatro adolescentes indicam variados números de pedras de crack consumidas em um dia comum: três, dez, vinte e duzentas pedras. Comentam também as diversas formas de consumo: dois deles o fazem em formato de cigarro (misturando tabaco e crack); três usam como baseado (misturando maconha e crack); três utilizam latas de refrigerante ou cerveja e copos plásticos; e cinco usam crack em cachimbo. Apenas um deles afirma reutilizar copo/ cachimbo de outro usuário para fumar crack. Quatro informam consumir crack em conjunto com outras drogas, destacando-se a cocaína e a maconha.

A rua é mencionada como local de maior consumo de crack e outras drogas. Quatro adolescentes obtêm a droga com traficantes, amigos ou moradores de rua. Os conflitos familiares em decorrência dessa prática e a dívida com o tráfico na comunidade onde vivem, além do próprio consumo de crack, são os fatores que os levaram à rua. Os entrevistados relatam a sedução da vivência na rua, ao mesmo tempo que são expostos a situações muito críticas:

A vivência na rua é como você está vendo, você não tem dinheiro para comer, mas você acha crack, você acha cachaça, você acha

cocaína, maconha, você acha isso a todo instante. Por mais que você tenta se liberar, se livrar, aí que mais tem. Parece que é uma coisa satânica. Quanto mais você tenta se afastar, aí que você é possuído mesmo e, quando você vai ver, você já está entregue; e se vacilar você se adapta a morar na rua. Você faz da rua já um hotel cinco estrelas. (adolescente em SAI)

Foi estuprada. Quando ela apareceu [em casa], foi botando sangue por tudo quanto foi canto, e disse que tinha sido estuprada por três, por três moleques. Bateram muito nela, deram de fio, cortaram a perna dela de fio, fizeram vaziar os olhos dela. Quando ela chegou, o olho direito era uma bola de sangue. Eu saí às pressas, levei para a clínica pública. Chegou lá, a médica passou um colírio para ir limpando. E depois ela se sentiu mal, vomitando muito, com diarreia. Eu levei ela para um PAM, para o Hospital São Jorge, onde eu passei a noite toda com ela. E por conta do estupro, que ela está com problema de estômago, ela está com problema de fígado, com problema de tudo. Porque bateram muito, deram muito chute nela, queriam matar. (familiar de adolescente em SAI)

Um adolescente comenta que o sentimento que tem pela mãe e a consciência do sofrimento causado a ela o levou a sair da rua:

Creio que foi o afeto que minha mãe tem por mim, a preocupação em saber que tinha um filho morando embaixo das marquises e que minha criação nunca foi essa. Tem pessoas que já são acostumadas a morar na rua, já eu nunca tive essa experiência. (adolescente em serviço de saúde)

Raupp e Adorno (2011), em estudo etnográfico realizado na cidade de São Paulo, relatam que aproximadamente 90% dos usuários são “pessoas em trânsito pela rua”. As trajetórias dos usuários revelam que a passagem para a situação de morador de rua é, na maioria das vezes, precedida de um período de transição entre sua comunidade e a rua, com a tendência a permanecer períodos cada vez maiores na rua à medida que aprofundam a relação com a droga. Nessa condição de vida na rua, os seis adolescentes em SAIs pesquisados relatam que ganhavam dinheiro entregando água e catando objetos como latas e garrafas PET do lixo, além de realizar atividades ilegais, como roubos, tráfico de drogas, assaltos e prostituição (R\$ 20 a R\$ 30 por prática sexual). Três adolescentes comenta fazer sexo sem camisinha; porém, todos negam prática de sexo com portador de hepatite B, C ou HIV.

Consequências do uso de crack

O crack é uma substância psicoativa, que tem uma força muito grande, que tem um potencial muito grande para determinar quadros de dependência. (...) Por si só é capaz de fazer quadros graves de toxicomania. A intensidade, o efeito psíquico do crack, a intensidade que ele produz em termos de modificação da vida psíquica desses indivíduos, isso me chama a atenção. O prazer descrito por todos os usuários a partir da experiência que eles tiveram com essa droga, isso sempre me chamou a atenção.
(gestor do serviço especializado de saúde)

Eu me sinto totalmente destruída. Eu me sinto acabada.
Destruída. Acabada. Eu me sinto derrotada.
(adolescente em SAI)

Os sistemas cardíaco e respiratório de usuários de crack fragilizam-se, o que pode causar-lhes uma morte prematura. Estão também propícios a outros problemas, como doenças sexualmente transmissíveis, violências, situações de perigo constantes e envolvimento em atos infracionais, que em muitos casos pode levá-los à morte. Inquietude, ansiedade, irritação, agressividade e paranoia são alguns sinais clínicos dos efeitos do crack, que incluem, sobretudo, consequências negativas nas relações sociais (Santos, 2011).

O gestor de um serviço de saúde especializado de Salvador comenta a rápida evolução do quadro de dependência do usuário de crack, pelo reforço da experiência, ocasionando muita desorganização e prejuízos em vários aspectos:

Como o crack produz esse efeito muito intenso e assim, é impressionante até porque, em pessoas de excelente poder aquisitivo, a evolução também é muito rápida. A vontade que eles sentem de repetir a experiência, de repetir a experiência, de repetir a experiência. É tão significativo que, num curtíssimo período de tempo, eles têm a vida subjetiva, a vida familiar, a vida social completamente detonada (...) Nos quatro primeiros anos, a dependência ao crack produz um efeito extremamente nefasto. Muito nocivo.

A fissura e a apatia geradas pelo crack causam muito sofrimento à família do usuário, aspecto destacado na fala de todos os entrevistados – profissionais, adolescentes e familiares.

Antigamente eu pensava primeiro a droga, segundo a droga, terceiro a droga, para depois vir eu. E eu estava me acabando, definhando na droga. (adolescente em SAI)

Porque ele [usuário] sob o efeito da droga, dificilmente é capaz de fazer qualquer coisa. Sob o efeito da droga não faz nada. Ele começa a fazer alguma coisa na fissura. O grande problema da dependência do crack se chama fissura. A vontade irrefreável, incoercível de continuar usando a droga. Então quando ele termina a quantidade de droga que tem, ele começa a ter uma prática delituosa para a aquisição da droga. E aí sim, a gente observa uma violência, que fica circunscrita dentro do próprio ambiente familiar. Quem mais é penalizada por essa violência oriunda da fissura é a própria família. Porque o usuário, ele quer subtrair pertences, objetos de pai, de mãe, dinheiro, ele rouba dinheiro para poder adquirir a própria droga. (gestor de serviço de saúde especializado)

Nos depoimentos é possível constatar a tristeza, a impotência e a fragilidade das famílias, o que as levam a abandonar os filhos e a provocar muita violência em casa:

Vejo também esse sentimento nas mães quando veem um, dois filhos. Eu atendi um senhor ontem me pedindo para ir morar num abrigo porque os filhos dele estavam envolvidos com drogas, e que já tinham ameaçado ele, que já tinham batido nele. E que vizinhos, amigos, diziam: “vai receber teu dinheiro, vai embora, larga eles aí, antes que eles te matem”. A tristeza com que esse homem falava que o filho dele tinha envolvimento e que estava lesando ele, que era o pai, que era o provedor. Estas famílias também adoecem. (gestora da Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social)

Foi então um dia, ele [adolescente usuário] me enfrentou e eu chamei a polícia. A polícia disse que não ia porque ele era de menor. “Então está certo. Então prefere que eu mate ele ou ele me mate?” Aí depois ele fugia. O pai botou ele para fora. Só que eu ficava tão doente por isso, porque eu que gerei (...). Por quê? Me perguntava várias vezes. E não tinha resposta. E quando eu conversava com um amigo, “que nada, deixa ele que o mundo ensina”. Mas eu me perguntava: “Meu Deus, o que o mundo vai ensinar? Eu tenho que fazer alguma coisa”. O pai botou ele para fora, aí eu fiquei do lado de fora, mas quando o pai dormiu, eu fui buscar ele. (...) Ele continuava com pessoas da pesada mesmo, e eu ia lá, enfrentava, buscava, dizia a eles que eu não tinha nada a ver com a vida deles, mas eu queria o meu filho. Eu queria que ele estudasse. (...) E aí eu fui à luta, fui. (...) Às vezes ficava com vontade de desistir, não vou dizer que não dava, porque dava. Aí depois eu me sentia mal, “eu vou desistir, eu não vou suportar tudo isso. Eu não vou suportar ele assaltar um pai de família. Eu não vou aceitar ele matar alguém”. (mãe de adolescente em serviço de saúde)

De forma geral, os entrevistados comentam os seguintes efeitos do crack: a magreza, a quebra dos laços com a família e os amigos, a saída da escola e o desinteresse pelos estudos, a dificuldade de orientação, a perda do trabalho – ou o envolvimento em funções que exijam menos qualificação e atenção –, a perda dos sonhos e das perspectivas de vida, a baixa autoestima e a desmotivação, o envolvimento em atos infracionais (furtos em casa ou fora e roubos), a vivência de rua e a morte. As situações de violência do tráfico e da polícia são também muito citadas e associadas à vivência dos usuários de drogas.

Três adolescentes em SAI já tinham sido detidos pela polícia após começarem a consumir crack, em decorrência de roubos, vivência na rua, ausência de documentos e de estarem pedindo dinheiro nas ruas. Importante também é o efeito do crack em bebês gerados por adolescentes usuárias da droga.

Além disso, os problemas de saúde são bastante comentados pelos entrevistados, entre os quais estão: tuberculose, desnutrição, desidratação, HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. É grande o prejuízo do crack na saúde dos usuários: 60% dos adolescentes usuários e acolhidos no SAI consideram sua saúde ruim, os demais se alternam entre saúde boa ou muito boa. Três adolescentes relatam: hepatite B, problemas respiratórios, cansaço e dor no peito, problemas que perduravam entre um mês e um ano. Todos os três buscaram atendimento em saúde para essas dificuldades.

Os gestores dos serviços de saúde discordam da noção comum na sociedade de que é inevitável sucumbir ao crack: alguns usuários conseguem manter controle sobre o consumo a partir de determinado momento, sendo capazes de manter vínculos. Há também usuários de outras substâncias psicoativas que consomem o crack, sem fazer vínculo com a droga e, portanto, não repetem a experiência. Encontram-se ainda aqueles que conseguem usar uma ou duas pedras por dia, sem causar maior desorganização familiar e social.

FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, DE SAÚDE MENTAL E DA JUSTIÇA

Não consigo pensar em clínica despolitizada. Não acredito em clínica sem as condições mínimas estruturais. A gente não deixa de trabalhar por conta disso, mas há um impacto enorme no serviço.
(gestor de Caps ad III)

O papel dos serviços relaciona-se com a sua função na rede, em geral, a de proteção ou atenção. Contudo, uns desconhecem o seu potencial de atuação,

outros não depositam confiança no trabalho. Há ainda aqueles, especialmente os ligados à saúde, que se destacam pela criatividade e competência técnica na atenção aos usuários.

Em relação ao Conselho Tutelar, observamos que os profissionais têm uma consciência limitada da função, desconhecendo o seu potencial. Consideram a si mesmos, bem como toda a rede de serviços, ineficientes no enfrentamento do uso de crack pela criança/adolescente. Um conselheiro tutelar informa que o papel do seu serviço é exclusivamente “conversar” com os usuários e indicá-los as unidades da rede, especialmente o Caps e o Cras, para que possam ter um acompanhamento psicológico.

O Conselho Tutelar não tem uma forma de atuar no combate a isso. Que forma seria essa se não da gente trazer, levar; e traz aqui e aconselha e tenta conversar. É o que gente faz muito. Eu sento aqui e converso, converso, converso. Mas se ele não está a fim... Eu já atendi dois casos em que uma mãe pegou o filho de 14 anos, usuário, e o que ela fez foi amarrar ele. Ela me disse. Ele vai voltar. Ela não queria a rede que nós temos. Essa rede municipal que nós temos que é uma rede fragilizada, ela não queria. Não tinha como bancar um centro de recuperação particular. E a solução (...), foi assim que a mãe me disse: “então eu vou continuar mantendo ele na corrente e no cadeado”.

A visão distorcida de que o usuário é o único responsável pela sua saída das drogas permeia a atuação relatada pelo conselheiro, depositando na criança ou no adolescente o sucesso ou o fracasso do tratamento:

A gente sabe muito bem que vai depender da vontade do jovem, da criança de querer ou não deixar. (...) A saída do jovem das drogas não tem a ver com a rede, nem com a gente. Tem muito a ver com essa demanda do jovem. Com essa decisão dele.

Na 2ª Vara da Infância e Juventude, quando o adolescente se declara usuário de qualquer substância psicoativa, especialmente crack, é aplicada de imediato uma remissão acumulada com alguma medida socioeducativa e protetiva, no caso para o Caps ad ou Caps ad III, Cras ou Cetad. Depois a própria unidade de execução da medida faz o acompanhamento. Mas, se o processo ainda está tramitando, o encaminhamento é feito para a equipe técnica interprofissional.

Na assistência social, a abordagem social é a principal atuação, acompanhando especialmente os casos mais crônicos, buscando a resolução de necessidades imediatas de pessoas em vulnerabilidade social e promovendo a

sua inserção na rede de serviços socioassistenciais e nas demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.

Em relação aos SAIs, toda a atenção ao uso de droga é feita fora da unidade, especialmente pelo Caps ad, parecendo não haver um preparo da equipe do SAI para lidar com esta questão. Os gestores relatam o despreparo das unidades e das equipes destes serviços para receber adolescentes usuários. Comentam haver uma alta taxa de evasão dos serviços ou recusa dos mesmos para acolher adolescentes com esse perfil. Muitas vezes os adolescentes em SAI fazem uso de drogas nos passeios que realizam, deixando a equipe insegura e sem saber como agir. Nesses serviços todo trabalho é feito com a criança ou o adolescente, e não com a família.

Já em relação aos dois serviços de saúde visitados, há um rico detalhamento técnico na atenção à população em foco. O papel do atendimento propriamente dito é ligeiramente semelhante nas duas instituições, com atendimentos ambulatoriais, estratégias grupais e realização de oficinas terapêuticas (cinema, fotografia, música, teatro e a da palavra). A divergência da atuação decorre principalmente da inserção de cada serviço na rede assistencial municipal e estadual.

O gestor do Caps ad III descreve o papel do seu serviço em duas linhas de atuação: 1) visita domiciliar; prevenção e atuação no território, feito em escolas; matriciamento das equipes de Saúde da Família; trabalho junto ao Núcleo de Apoio à Saúde das Famílias (Nasf); contato com lideranças comunitárias; articulações com dispositivos comunitários de geração de renda; núcleos esportivos e culturais; 2) trabalho intramuros; atenção biopsicossocial em saúde, por meio de atendimentos psicológicos, médicos e de desenvolvimento de oficinas variadas. Na segunda linha de atuação, deve haver leitos de acolhimento noturno, onde as pessoas em situação de crise, ou com necessidade de repouso e observação, tenham a possibilidade de permanecer por um período de dez dias corridos, ou 15 dias intercalados no período de um mês.

O mesmo profissional afirma que o Caps ad III, sobretudo por atender a faixa etária da adolescência, tem como característica ser um espaço de convivência, “uma espécie de redução de danos sociais, de saúde. Eles estão aqui, eles têm um lugar para comer, têm um lugar para tomar banho. Têm um local em que, de alguma forma, fazem menos uso [da droga]”.

Contudo, a tônica da fala desse gestor é a falta de estrutura para o funcionamento do seu serviço. Primeiramente, ressalta que, seguindo a lógica de território, não há como atender todo o município de Salvador, com quase três milhões de habitantes, mas apenas o distrito sanitário onde está localizado.

Destaca também que a falta de estrutura, assim como o excesso de demanda durante o dia – e a pouca à noite –, impossibilitou o funcionamento 24 horas da unidade, razão pela qual optou por encerrar o serviço às 18 horas, recompondo a carga horária da equipe para o turno diurno:

A gente até hoje não tem um local para lavar roupa de cama, o serviço não dispõe de telefone fixo para fazer ligação, o serviço tem um carro, o carro só fica disponível de oito da manhã até quatro e meia da tarde, de segunda a sexta. É um serviço que tem que funcionar 24 horas, todos os dias da semana, sábados, domingos e feriados. A gente passou por situações aqui do usuário impregnar no sábado, não ter como socorrer e a gente ter que levar o usuário em carro próprio. Uma série de situações que não favorecem esse pleno funcionamento. (gestor de Caps ad III)

Profissional de outro serviço de saúde especializado visitado informa que a atenção ao adolescente usuário de crack e outras drogas é realizada principalmente por um grupo de trabalho específico, que, além de ser dirigido para o estudo, é voltado para a criação de serviços e estratégias de intervenção que atinjam a população de adolescentes usuários de substâncias psicoativas em geral. Tem como importante papel articular a rede para a atenção desses pacientes. Entre os serviços integrantes da rede estão o Conselho Tutelar, as associações de bairro, a Fundação da Criança e do Adolescente (Fundac) – atendimento socioeducativo – e organizações não governamentais. Há ainda o núcleo de clínica desse serviço que presta assistência propriamente dita, ou seja, tem um serviço aberto à comunidade.

No que se refere à composição das equipes de saúde mental e da área de alta complexidade da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, quase todos os entrevistados mencionam número insuficiente de profissionais, principalmente em relação à grande demanda para o atendimento, o que se deve não apenas ao número significativo de usuários na cidade, mas sobretudo à escassez de serviços especializados. O resultado, segundo um gestor do serviço de saúde especializado, é a redução no número de atendimentos: “A Prefeitura da cidade de Salvador não conseguiu estruturar os serviços e distribuir serviços de assistência na cidade. O serviço fica com sobrecarga de trabalho, limitando o número de atendimentos”.

No serviço de saúde especializado visitado, a equipe é formada por psicólogos, em sua maioria, com especialização em psicanálise, e médicos psiquiatras. Pedagogos, sociólogos, profissionais de teatro e enfermeiros

participam de outras estratégias que não clínicas, como o Consultório de Rua e as oficinas terapêuticas.

O Caps ad III iniciou o serviço com 67 profissionais e no momento da entrevista contava com 57. A intenção do gestor naquele momento era de retirar do centro mais 30% dos profissionais, seguindo a ideia de readequá-lo ao modelo de Caps ad II. A falta de estrutura do serviço foi o principal motivo para a saída dos dez primeiros profissionais. A equipe desse Caps é muito diversa, com músico, teatróloga, artista plástico, terapeuta holística, educador físico, neurologista, clínico geral, dois psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais, uma oficinaira, um antropólogo, técnicos de enfermagem e cinco enfermeiras.

A responsável pela área de alta complexidade da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza informa que não conta com equipe específica para a atenção ao usuário de crack e outras drogas. Apenas 17 profissionais (psicólogos e educadores) são responsáveis pela abordagem social a todas as demandas do município.

A fiscalização dos serviços foi um outro aspecto investigado, observando-se a fragilidade e a inexistência dessa ação. Em geral, os serviços informam que a fiscalização ocorre apenas quando há queixa ou denúncia. A principal justificativa para tal é a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho. O SAI informa que a fiscalização cabe à Secretaria da Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, além do Ministério Público, do Juizado da Infância e Juventude e do Conselho Tutelar. Contudo, o último explica que essa ação ocorre apenas quando há necessidade, e o Juizado afirma que o acompanhamento dos serviços não é sistemático.

MODALIDADES DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

A rotatividade é muito complicada, muito difícil,
até pela própria história
de uso de crack, pela inconstância, pela instabilidade.
Esses pacientes vêm, desaparecem, voltam.
(gestor de serviço de saúde especializado)

O atendimento nos serviços de saúde mental começa no acolhimento, quando se buscam informações sobre a demanda do paciente. Nesse momento inicia-se a construção do projeto terapêutico, elaborado com base nas necessidades de

saúde de cada usuário, sem excluir suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. É singular e caracteriza-se por uma interação democrática e horizontal entre profissional, usuário e família. Tem como único propósito o bem-estar dos usuários mediante a reabilitação psicossocial (Benevides et al., 2010).

No Caps ad III o gestor exige que o acolhimento seja feito por um profissional de nível superior, especificamente, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, considerados mais habilitados no manejo da situação.

O mau acolhimento pode resultar num péssimo tratamento. Você pode dar vários tiros no pé, em sequência. Então no entendimento de saúde mental, qualquer pessoa poderia fazer o acolhimento. Aqui eu brigo para que não seja assim. Eu não acho que qualquer profissional está preparado para isso. Tem que ser alguém que tenha uma escuta. (gestor de Caps ad III)

O gestor do outro serviço de saúde tece críticas quanto ao modelo de agendamento de consulta realizado na sua unidade no momento do acolhimento, feito de uma semana para a outra. Para ele, há necessidade do acolhimento diário de pacientes, com equipes organizadas nos diversos turnos, recebendo pacientes que chegam ao serviço sem agendamento prévio, e com equipes que prestem atendimento emergencial:

Para o tratamento do crack, para o acolhimento do usuário de crack, nós temos avaliado criticamente que esse modelo de acolhimento, esse modelo de admissão no serviço, dificulta sobremaneira o acesso da população ao serviço. Nós teríamos que ter um serviço porta aberta, em que, no momento em que uma família ou um usuário chegasse, ele tivesse a possibilidade de um atendimento e encaminhamento imediato. (gestor de serviço de saúde especializado)

Após o acolhimento, o Caps ad III agenda um outro momento, iniciando-se a construção do projeto terapêutico singular, em que se busca conciliar as necessidades e os interesses do sujeito com as estratégias do serviço e o que pode ser trabalhado fora do serviço. Das estratégias ofertadas neste serviço constam: acompanhamento individual por um técnico de referência (pessoa encarregada pela gestão do caso no serviço), atendimento médico, psicoterápico, psiquiátrico ou acompanhamento com um profissional que faz práticas integrativas (acupuntura, reflexologia podal, cromoterapia), além da participação em grupos terapêuticos, grupos de família e oficinas. Há diversas oficinas, entre elas, música, banda, expressão corporal, futebol, palavra, autocuidado, sobre a

relação entre drogas, tráfico e violência e de redução de danos. Como exemplos de ações externas, tem-se o direcionamento para acolhimento institucional, a inserção na escola ou em outros grupos e a promoção do contato com a família.

Contudo, o gestor do Caps ad III alerta que, uma vez que este serviço foi originalmente criado para atender crianças e adolescentes e passou a incluir a clientela adulta, há necessidade de constantes ajustes na atenção oferecida: “A gente está tentando o tempo todo readequar o que a gente oferece. A gente tem um monte de oferta que às vezes não desperta interesse na população que a gente atende”.

No outro serviço de saúde especializado pesquisado, depois do acolhimento, na maioria das vezes, ocorre o encaminhamento para o grupo de adolescentes e para o atendimento pelos profissionais de um grupo de trabalho específico.

Ambos os gestores de saúde mental entrevistados ressaltam o valor de outras estratégias, que não a individual, para a atenção ao usuário de crack e outras drogas. As oficinas, por exemplo, têm característica mais aberta, não exigindo tanto da linguagem e do investimento subjetivo:

A linguagem do usuário de drogas, às vezes, está muito comprometida, ou seja, a droga ocupa uma dimensão tão gigantesca na vida subjetiva desses indivíduos que é necessário, muitas vezes, a gente criar outras estratégias, estratégias grupais, para fazer com que esse objeto droga seja deslocado e que surja no lugar da droga a subjetividade, a palavra, ou seja, o sintoma propriamente dito. (gestor de serviço de saúde especializado)

Outro ponto importante é a necessidade do atendimento psiquiátrico na atenção ao usuário desde a chegada ao serviço, pois há necessidade de identificar aqueles que, por causa do uso da droga, estão desenvolvendo problemas psiquiátricos (por exemplo, as síndromes de abstinência ou psicoses induzidas) ou que estão com quadros de dependência, e que também apresentam comorbidade com outras patologias psiquiátricas. O atendimento psiquiátrico é determinante na melhor evolução do paciente:

Nos últimos 15 anos, é inegável a contribuição que as neurociências trouxeram para a compreensão desse fenômeno. (...) Entendemos que, quando existe a comorbidade, quando existe uma patologia psiquiátrica, ao lado da dependência química, não basta apenas tratar a dependência, a gente tem que tratar a patologia (...). Quando a gente falha no acolhimento, nessa admissão, se a gente

falha nessa detecção, nessa identificação de uma patologia ou de uma repercussão psiquiátrica mais severa, certamente a gente vai ter um maior prejuízo, uma maior dificuldade de fazer com que esse paciente tenha uma adesão ao tratamento. (gestor de serviço especializado de saúde)

O atendimento familiar também é ressaltado, especialmente nos casos mais graves, já que muitas vezes o paciente se recusa a ir ao serviço. Dessa forma, o tratamento é iniciado com a família a fim de que o usuário consiga chegar à unidade.

Em geral, as modalidades de atendimento oferecidas pelo Caps e pelo Cetad constituem um universo de práticas destinado a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reinserção no contexto social e familiar. Propõe-se um cuidado que tem como premissas a integralidade da atenção e a humanização da assistência. O foco da atenção desses serviços é a redução de danos:

A gente não tem esse objetivo de cura e nem entende que cura é abstinência. O trabalho da gente é potencializar o que chamamos de qualidade de vida, aumentar qualidade de vida para as pessoas que frequentam o serviço. Para isso a gente não foca no crack, nem no crack nem em qualquer substância, e sim no sujeito. A gente quer trabalhar o sujeito nas relações dele com o mundo e com a droga também. (gestor de Caps ad III)

Uma questão delicada que ocorre durante o tratamento, especialmente no Caps, é o consumo de drogas pelo usuário dentro do serviço. O gestor do Caps ad III afirma que sua proposta é reduzir danos para crack e lembra que o uso fora da instituição expõe o usuário a ainda mais riscos. Nessa estratégia, muitos usam a maconha, contudo, o gestor relata que esse consumo é sempre delicado, requer diálogo e pactuações.

Do ponto de vista técnico, se houvesse qualquer brecha na lei, eu autorizaria isso sem dúvida. E trabalharia isso aqui dentro. Fazia um espaço de uso seguro que discutiria esse uso, para que ele pudesse fumar e fosse de fato um redutor de danos. Porque, ao mesmo tempo, que a gente reconhece que isso serve como redução de danos, eu estou colocando ele para fora porque ele vai querer fumar lá fora. Eu coloco ele lá fora, ele está correndo outros riscos de usar droga. Isso tem dado vários posicionamentos para a gente. Por exemplo, estabelecer normas para uso aqui dentro e no caso de transgressão

da norma há suspensão. Tivemos algumas suspensões. Só que a suspensão não tem produzido um sentido terapêutico. (...) A gente tem tentado resolver essa situação assim sempre através do diálogo. E tentado afirmar com esses jovens um compromisso ético com o serviço, com as responsabilidades com o serviço também, mas que nem sempre isso é possível. (gestor de Caps ad III)

Vale ressaltar ainda que, embora o crack seja considerado a droga da moda, um dos serviços de saúde pesquisados informa que a demanda para o atendimento do usuário de álcool também é bem grande, igualando-se à necessidade da atenção dispensada aos usuários de crack.

O álcool é uma coisa muito pouco falada. A gente tem a estimativa de dependência ao álcool no país em torno de 12%. Não existem serviços estruturados, os programas Saúde da Família, a atenção básica, os hospitais gerais, quando atendem, atendem muito mal, de uma forma muito ruim, muito moralista com os dependentes de álcool. (gestor de serviço de saúde especializado)

A visão dos usuários de crack e suas famílias em relação aos serviços recebidos

Em geral, a avaliação dos adolescentes e familiares usuários de crack inseridos nos serviços é positiva. São comentados o apoio, a disponibilidade para ajudar e a qualidade dos atendimentos recebidos. Entretanto, os entrevistados fazem algumas críticas e recomendações:

1) Falta de capacitação das equipes dos serviços básicos de saúde não especializados: “Já foi no posto de saúde e só deram soro” (familiar de adolescente em SAI).

2) Necessidade de melhorar a qualidade do tratamento para os usuários em abstinência:

O tratamento para a abstinência é que deveria ser mais avançado porque aqui eles dão muito o tratamento para quem está usando, para os usuários no momento; para a galera que quer ficar em abstinência tem poucos recursos, poucas atividades. Então você acaba decaindo e voltando tudo de novo para o uso de drogas. (adolescente em serviço de saúde)

3) Nas comunidades terapêuticas, os usuários ficam “trancados” e a orientação religiosa se sobrepõe ao tratamento médico e psicológico:

[Nas Comunidades Terapêuticas] é aquela coisa, é mais pela fé. Você não pode tomar as medicações. Se você tem uma crise de abstinência, eles falam que é coisa do demônio. Então aquilo ali vai afetando. Quem sabe numa crise de abstinência dessa você pode ter uma parada cardíaca e morrer. Já aqui [Caps ad III] você tem o auxílio de vários profissionais que te assistem o dia todo. Se você sentir uma dor no peito ou uma tontura, tem pessoas aqui capazes para te reanimar. Até problemas psicológicos mesmo, tem pessoas aqui que podem te ajudar. Esse serviço aqui, graças a Deus, eu posso contar com ele. (adolescente em serviço de saúde)

Mas a experiência da nossa vida está nas ruas. Você pode ficar fechado lá [Comunidade Terapêutica] um ano, vai sair de lá e se deparar com o mundo cá fora; está despreparado para o mundo cá fora. Aí volta ao uso novamente; às vezes é duas vezes pior. (adolescente em serviço de saúde)

4) Nos SAIs os adolescentes ficam “presos” e não há tratamento específico para usuários de crack.

Aqui é coação, é agonia; dá agonia ficar preso. Sai de noite, eu sei que tem várias atividades boas, mas dá agonia, porque faz abstinência. Não estou com o remédio, estou sem o remédio. Dá agonia. Dá vontade de ir embora. No Caps não, o Caps é alívio, dá para fumar um cigarro, dá para fumar um pacaia [tipo de cigarro]. Eu não queria usar a droga lá dentro. Mas no Caps eu fico mais à vontade. (adolescente em SAI)

5) Falta de atendimento nos serviços especializados nos fins de semana e à noite, sem haver até mesmo um local para dormir.

O que pode ajudar a superar o problema do crack em crianças e adolescentes?

Os adolescentes e familiares definem o que seria importante encontrar nos serviços de atendimento para a recuperação do usuário: profissionais em número suficiente capacitados na especificidade do crack para dar apoio aos usuários, considerando a grande demanda; serviço 24 horas que ofereça local para dormir, comer, tomar banho e outros cuidados de higiene:

Funcionamento 24 horas. Tem muitas pessoas aqui que moram na rua. Então não adianta você estar aqui o dia todo se tratando e à noite, depois do fechamento aqui, você ir para rua, dormir na rua. Aí

“você vai estar aberto à possessão duas vezes mais, porque é na noite que acontecem as coisas, pra você conseguir lidar com esse frio da noite, o medo da violência; ou está chapadão de cachaça, ou doidão de crack, ou doidão de maconha. (adolescente em serviço de saúde)

São mencionadas também atividades esportivas como jiu-jítsu e boxe, de canto e dança: “Quando estou treinando, eu nem imagino o uso de drogas. Libera adrenalina para o cérebro, que você não está nem aí, você não sabe nem que a droga existe”. (adolescente em serviço de saúde).

Além do incremento dos serviços na atenção ao usuário de crack, outros pontos são lembrados pelos adolescentes e familiares para a superação do problema. A postura proativa da família é um deles. Uma mãe, cujo filho está recuperado das drogas, comenta que chegou a sair do trabalho para vigiá-lo.

Quando eu cheguei [ao serviço] eu disse à psicóloga que eu era 24 horas. “Mas como é que você consegue ser 24 horas?”. Eu levava para a escola, eu ia buscar. Ele já está grandinho, ele já estava com 15 anos. Eu levava ele na escola, a escola era distante. Eu ia com ele. Eu dizia à diretora: “só solte ele quando eu chegar aqui. Mesmo que eu chegue de noite. Só sai daqui comigo”. Todos os dias eu fazia isso! Todos os dias ele aprontava. (familiar de adolescente em serviço de saúde)

O uso de medicações e a realização de curso especializado são outros aspectos considerados importantes para a recuperação. Um adolescente ressalta a “força de vontade” do usuário para superar o problema:

Eu acho que a força de vontade do usuário não está no psicólogo, não está na assistente social, está dentro do próprio usuário. A vontade de vencer, a força, se tornar verdadeiros guerreiros contra eles mesmos, que é a maior batalha que a gente trava. Contra nós mesmos. (adolescente em serviço de saúde)

Ribeiro e Laranjeira (2012) alertam que as terapias e abordagens de natureza biológica, psicológica e social não atuam de maneira isolada no tratamento do uso de crack e outras drogas. Pelo contrário, influenciam-se mutuamente e podem se potencializar quando aplicadas de forma harmônica.

A REDE DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS USUÁRIAS DE CRACK E OUTRAS DROGAS

Eu acho que tem uma característica de Salvador que é muito interessante. A gente tem equipe de excelência em Salvador. Não é à toa, que o Consultório de Rua nasce em Salvador e vai para o Brasil. Eu acho que o potencial humano nós temos. A gente não consegue ter uma estrutura física boa, a gente não consegue ter, evidentemente, um número de pessoas adequado para trabalhar, faltam recursos. Isso que impede a rede. (...) Associado a isso estão as vaidades dos serviços.

(gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza)

Para entendermos o funcionamento da rede de atenção à criança e ao adolescente usuário de crack e outras drogas, é necessário observar a articulação existente entre os diferentes atores que dela participam. Lembramos que “articulação” é um dos nortes do Estatuto da Criança e do Adolescente para a política de atendimento a essa clientela, na medida em que, para obter a proteção integral aos direitos e interesses infantojuvenis, faz-se necessária uma ação conjunta e coordenada, tanto do Poder Público quanto da sociedade civil organizada e das entidades que a representem (Digiácomo & Digiácomo, 2010).

Desse modo, indagamos aos SAIs o tipo de articulação estabelecida com diversos serviços, entre os quais estão o Conselho Tutelar, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza e os serviços de saúde mental. Vale ressaltar que, em relação a tal questão, apenas quatro unidades visitadas acolhiam adolescentes usuários de crack e foram capazes de dar essa informação. Verificamos que o Conselho Tutelar, o Poder Judiciário e o Ministério Público são as instituições com maior articulação com os SAIs. Escolas, Caps i e o Cras também são bastante mencionados. Entre as ações mais referidas pelos serviços estão: ter dados de localização, realizar troca de informações e efetuar encaminhamentos. Interessante perceber que o Creas, a Defensoria Pública, os serviços de saúde mental em geral, os demais serviços de saúde e o Caps são apontados como tendo pouca articulação com os SAIs.

O Conselho Tutelar é o órgão que mais realizou encaminhamentos de crianças e adolescentes para os SAIs (51,9%), em seguida vem o Poder Judiciário (29,6%). Com frequência bem menor, estão o Ministério Público e outros SAIs (3,7% cada). Casos excepcionais decorrem de encaminhamentos feitos

por uma maternidade que acionou o serviço em decorrência do abandono do bebê pela mãe, moradora de rua, e do pedido de acolhimento feito pela própria adolescente. Em alguns casos notou-se a conjunção de órgãos realizando o encaminhamento, agregando Ministério Público, Conselho Tutelar e Poder Judiciário.

Todos os entrevistados falam com muita indignação sobre a inexistência da rede de atenção à criança e ao adolescente usuário de crack, responsabilizando a gestão pública pela ausência de organização e sistematização da política pública na cidade. A gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza comenta que “existe a rede de pessoas, mas não a de serviços”. A fragilidade da articulação entre os serviços é ressaltada:

O que a gente vê quando está diante desses meninos é que existe uma lacuna. A chegada do menino no serviço de acolhimento e a ida do menino para o atendimento na área de saúde. As dificuldades nossas da assistência em conseguir articular, em conseguir ter carro, em conseguir ter o técnico para fazer o diagnóstico, até você conseguir acordar para isso também. O cara é atendido no nosso serviço de emergência. E aí, esse vácuo, muitas vezes, o menino evade (...). Se você não tem todo um serviço completo, todo um círculo fechado, você vai estar falando de uma coisa que não vai funcionar (...). Se não tiver definida a questão de como vai ficar o acolhimento, não adianta você ficar falando de abordagem. Porque você vai ficar falando de abordagem; você leva e o menino fala: “tá tia, eu vou”. Vai para onde? (gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza)

A administração pública do município é apontada como um dos principais impeditivos para a organização dos serviços e contratação de profissionais. A extensão territorial também é lembrada como fator que dificulta a regulação da rede:

É impressionante como até nas cidades do interior, e quanto menor é o interior, maior eu vejo isso, como as pessoas conseguem construir uma rede social, e abarcar e acolher (...). Mas, em grande centros urbanos, eles estão fora, eles estão à margem de qualquer possibilidade de acolhimento e de acesso. (gestor de serviço especializado de saúde)

Cada estado deve fazer isso de uma forma muito planejada. Aqui no estado da Bahia a gente não consegue no âmbito da Secretaria da Saúde ter uma equipe pensante para executar uma política estadual.

Mais recentemente, assim com muita felicidade, o governador criou a Suprad, uma superintendência de apoio aos usuários de substâncias psicoativas e a seus familiares na Secretaria da Justiça. É a Secretaria da Justiça que está puxando a Secretaria da Saúde. E eu acho isso, ao mesmo tempo importante, mas vejo isso como um atraso. (...) Nós precisamos de fato construir essa rede. (...) Porque eu posso prestar a melhor assistência psiquiátrica e psicoterápica aqui, mas eu não tenho uma retaguarda lá fora que dê sustentação a esse usuário tão fragilizado, tão difícil e que requer, infelizmente, esforços de outros setores da sociedade. (gestor de serviço de saúde especializado)

Nas entrevistas com os atores dos serviços, prevalecem as críticas em relação à rede. O Conselho Tutelar é tido como o mais difícil de trabalhar. Na fala de profissionais deste serviço, é destacado o mau funcionamento de toda a rede de Salvador, generalizando-se as suas dificuldades para o estado e o país. Entre os serviços pesquisados, o SAI é o único que comenta boa articulação com os demais.

Em relação à área da saúde, a crítica dos outros serviços pesquisados recai: 1) no precário atendimento de emergência; 2) na recusa para a internação dos usuários nos hospitais gerais; 3) na precária qualidade do atendimento oferecido ao usuário de drogas; 4) na burocracia da gestão pública; 5) na falta do envio para o Juizado de relatório técnico das crianças e adolescentes em cumprimento da medida protetiva; 6) na inexistência de um processo de internação com funcionamento 24 horas; 7) na dificuldade de acesso do Caps ad III, que fica distante do centro da cidade, exigindo transporte para locomoção dos usuários:

Tem os leitos agora para os hospitais gerais. Mas o menino vem em crise, eles dão um sossega leão e tchau. Um problema é você conseguir acessar os hospitais gerais. O outro problema é como você fazer também o transporte desses meninos nesses momentos. Salvador só tem o Samu. A população aciona o Samu para qualquer coisa e muitas vezes o Samu sai para um serviço que não deveria ser dele (...). O médico também lá não dá atenção ao que a gente diz, e fala que não é caso para ele. E não vão! (...) Aqui tem um problema, os hospitais continuam com administração do estado, apesar de ser gestão plena, não foram municipalizados. Isso é muito difícil. (gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza)

Eu sinto muita preocupação no sentido da profundidade [do atendimento Caps ad]. Eu acho que o usuário que está aqui hoje,

ele precisa de uma atenção específica, especial. O trabalho do Caps é superficial. Acho que ele precisa de outra estrutura, de algo mais profundo, algo mais elaborado para tratar dessa questão do usuário (...). Uma resposta mais imediata, mais profunda, de impacto agora. (gestor de SAI)

Os próprios serviços de saúde mental de Salvador demonstram grande insatisfação com o reduzido número de Caps ad na cidade, principalmente ao se considerar a existência de quase três milhões de habitantes residentes no município, o que geraria uma estimativa de 9-10% da população com problemas relativos ao uso de drogas. O número pequeno de crianças e adolescentes usuários de drogas que procuram o serviço também parece ser reflexo do mau funcionamento da rede:

Nos primeiros meses de funcionamento [do serviço] a procura que chegava não era criança e adolescente, era adulto. Fomos encaminhando, encaminhando, encaminhando, e a gente viu que o público de crianças e adolescentes também tem essa especificidade, eles não demandam espontaneamente o tratamento. A maioria não demanda. Tem que haver o cruzamento de vários fatores para garantir essa questão, que não é só ordem judicial. Ocorrências em aplicação de ação de alguém que vai assumir a tutela, ou a própria família, ou o Conselho Tutelar. Tem que haver um local de abrigo, tem que haver outras estratégias que não são nossas aqui, que é a interseção com a educação, que é de geração de renda. (gestor de Caps ad III)

Percebe-se também o preconceito dos próprios profissionais de saúde mental no atendimento aos usuários de drogas, o que contribui para a precária atenção. Segundo um gestor de serviço especializado na atenção de drogas psicoativas de Salvador:

Quem trabalha com saúde mental, na maioria das vezes, não gosta de lidar com usuário de drogas. O mesmo profissional que é capaz de prestar um super atendimento aos portadores de esquizofrenia é capaz de maltratar um usuário de drogas, porque muitas vezes por um viés moral, moralista, não compreende aquilo como adoecimento psíquico, como um sofrimento. Então assim, eles são muito maltratados. (...) Muitas vezes a gente pede uma internação num hospital ou num serviço especializado de psiquiatria e eles não internam, não prestam sequer o atendimento de forma adequada na emergência porque se trata de drogadicto.

Na área de assistência social, a crítica dos serviços pesquisados têm como alvo o reduzido número de profissionais diante da grande demanda e a desestruturação do Creas. É mencionado, por exemplo, que alguns Cras não fazem acompanhamento psicológico nem enviam relatório técnico das crianças e adolescentes em cumprimento da medida protetiva ao Juizado. A gestora entrevistada da assistência social acrescenta que o primeiro passo para enfrentar o problema do crack e da população de rua deveria ser o investimento da assistência da proteção básica, ou seja, aumentar o número de Cras e melhorar a estruturação e qualificação desse serviço:

Eu digo que falta, porque faltam postos de saúde, falta escola, falta ação da assistência, falta programa habitacional, não dá para as pessoas ficarem morando do jeito que moram. As casas são do tamanho dessa sala. E aí moram oito, dez, e o menino que foi para o meio da rua porque apanhava: (...) “meu pai me bate, porque ele é ruim”. Você chega na casa e pergunta como eles dormem. Bota tudo no colchão que chega até a porta. Aí conversando com ele [pai]: “Mas ele falou que o senhor bate nele”. “Poxa, minha senhora, um homem, um menino desse tamanho todo dia mijar na cama, acordar todo dia mijado!” O menino não tinha onde fazer xixi, o menino não tinha nem como sair da casa. (gestora da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza)

A mesma gestora, contudo, lembra que a saúde está na frente da assistência, principalmente porque o plano de combate vem com recurso para a saúde. Essa profissional se posiciona a favor da criação de espaços diferenciados para atender a população usuária de crack:

Por mais que a saúde reclame que o recurso é pouco, a gente não tem nenhum. A gente entende que não dá para ter os abrigos que já existem na rede. A gente está falando de pessoas que precisam de um cuidado diferenciado. Não é que a gente vá fazer exclusão, separar, “olha os meninos do crack!”. Mas os meninos, se a gente colocar dentro das estruturas que a gente tem, pode ser que a gente perca muito mais os meninos do que ganhe. (gestora da assistência social)

No que se refere ao SAI, as críticas recaem no baixíssimo número de vagas para acolher a população em foco e na orientação religiosa de muitos desses serviços, o que contribui para o mau atendimento e a fuga dos adolescentes das unidades. Além disso, a maioria dos SAIs não quer receber esse tipo de clientela.

A área da educação parece estar ainda mais distante no cuidado dessa parcela da população, tendo pouquíssima articulação com os serviços da rede.

A fragilidade da organização da rede no cuidado a criança e adolescente usuário de crack se reflete nos depoimentos dos adolescentes do SAI e de seus familiares. Antes de serem acolhidos nas instituições em que foi feita a pesquisa, dois adolescentes haviam passado por Caps ad e internação devido à dependência, e outro por Comunidade Terapêutica. Ambos negaram ter tido acesso a outros serviços da rede.

No contato com os adolescentes e suas famílias, constata-se que a chegada dos usuários ao serviço de saúde e ao SAI se deu na maioria dos casos pela demanda espontânea da família. Contudo, a permanência no serviço é repleta de recuos, seja pela falta de capacitação das equipes, seja pela dificuldade do usuário na adesão ao tratamento. Muitos entrevistados comentam a peregrinação até a chegada ao serviço em que se encontram. Há casos em que a família já tinha passado pela polícia, pelo Conselho Tutelar, pela delegacia, Ministério Público. Em outros, a entrada no serviço especializado se deu via hospital geral, e alguns ainda comentam que já passaram pelas Comunidades Terapêuticas.

Em relação à organização da rede na atenção de crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas, é importante ressaltar as críticas de boa parte dos serviços pesquisados ao investimento público nas Comunidades Terapêuticas. Todos questionam a qualidade do atendimento prestado nesse tipo de serviço e consideram que não deveriam integrar a rede de serviços da cidade. O Juizado explica que as Comunidades Terapêuticas não são credenciadas pela justiça porque não apresentam uma estrutura técnica. Para o Juizado, a Secretaria Estadual de Saúde deveria acompanhar e catalogar as instituições e os casos atendidos para incorporá-las à rede no futuro dependendo da qualidade do atendimento.

Associado a isso, um serviço especializado afirma ser totalmente contrário às ações desenvolvidas pelo governo federal para o enfrentamento do uso de crack, entre as quais estão: 1) o investimento de recursos financeiros ligados ao SUS para a manutenção de Comunidades Terapêuticas; 2) a internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de crack; 3) o controle da gestão, já que esse atendimento é de responsabilidade do município:

Isso me cheira muito mal [recolhimento compulsório]. É uma prática higienista de pegar essa população que não tem recursos. E não é só que não tem recursos subjetivos, que não tem recurso algum e colocar

em Comunidades Terapêuticas que abarcarão uma grande soma do erário público. (...) Então o que a gente observa é um Estado brasileiro que não consegue construir uma rede competente, com gente competente para atender aos usuários e para devolver a esses usuários à sociedade, mas de uma forma integralizada, com habitação, com educação, com assistência social, com tudo. Não consegue, e aí numa tentativa exasperada de resolver um problema que está ficando feio, aí começam a lançar ideias que lembram a stultifera navis, ou seja, a nau dos insanos. Ou seja, aquilo que incomoda, que perturba, que suja, você pega e coloca dentro de naus e deixa dentro de rios à deriva (...). Para mim, a gente se aproxima muito desta prática perversa porque o que falta nesses usuários é muito mais. Eles têm buracos imensos e obviamente a droga, com a força que o crack tem, tem a potencialidade de ocupar, em termos subjetivos, todos esses espaços, que resultam em muita dor, em muita dor, em pobreza, violência. (gestor de serviço especializado de saúde)

Atividades realizadas pelas crianças, adolescentes e suas famílias na rede

Com a intenção de compreender melhor a oferta de serviços às crianças, adolescentes e suas famílias usuárias de crack, perguntamos aos quatro SAIs que tinham acolhidos usuários de crack sobre as atividades que esta clientela frequentava regularmente. Constatamos que o atendimento médico e a orientação sexual ocorrem em todos os serviços. Atendimento psicológico/psiquiátrico, atividades religiosas, esportivas e culturais e aquelas desenvolvidas com a comunidade foram mencionados por três serviços. Foram menos relatados o atendimento às dificuldades de aprendizagem e às pessoas com deficiências, o tratamento para dependência química, os cursos de capacitação, o encaminhamento para trabalho, a inserção em programas de trabalho protegido e os grupos de ajuda mútua.

Similarmente, indagamos às mesmas unidades quais serviços eram oferecidos às famílias das crianças ou dos adolescentes usuários de crack. O acompanhamento social foi a atividade mais comentada (realizadas em três SAIs). Outras ações mencionadas por apenas um serviço foram: tratamento de dependência química, orientação para planejamento familiar, encaminhamento para grupos de ajuda mútua, atendimento psicológico/psiquiátrico, atendimento médico e assistência jurídica.

Os adolescentes entrevistados do SAI comentaram que não frequentam nenhum serviço de saúde, apesar de consumirem crack há mais de um ano e terem vontade de ser tratados. Nesse sentido, é indispensável que os serviços de acolhimento e de saúde discutam fluxos de trabalho para a atenção qualificada dessas crianças e adolescentes, estando ou não em serviço de acolhimento. São bem-vindos estudos de análise da rotina de atendimento, para que sirvam como instrumento na construção de uma melhor forma de receber e tratar os usuários de crack, buscando afinar a atenção, melhorar o prognóstico e consequentemente reduzir os danos (Silva et al., 2008).

DESAFIOS DA ATENÇÃO E RECOMENDAÇÕES

São muitos os desafios mencionados pelos diferentes serviços na atenção à criança, ao adolescente usuário de crack/outras drogas e à sua família. Mas, ouvimos também muitas recomendações, não só dos profissionais entrevistados, mas também dos próprios adolescentes e familiares, que podem servir de pistas para uma melhor readequação dos serviços e da atenção prestada na cidade.

Primeiramente, foi comentada a necessidade de melhorar os serviços da área de proteção e prevenção, como, por exemplo, a reorganização dos Conselhos Tutelares, o aumento do número de Cras e dos serviços de acolhimento e a implantação do Plano de Convivência Familiar e Comunitária.

O município de Salvador não cumpre sua parte. Essa rede de acolhimento é um suporte. Para primeiro ele ter um local onde ficar, e ali os educadores, técnicos, fazerem o encaminhamento desses adolescentes para poder fazer o tratamento de drogadição. (juiz da Vara da Infância e Juventude)

Além disso, há urgente necessidade de implantar estratégias para o incremento e a reorganização da atenção nos serviços de saúde mental de Salvador em relação à problemática do crack, as quais incluem: 1) criação de clínica especializada voltada para a demanda do crack, oferecendo atendimento multidisciplinar com: médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, entre outros profissionais; 2) criação de espaço de acolhimento/internação, mantendo o usuário longe dos locais habituais de convivência; 3) desenvolvimento de um acolhimento mais qualificado e inclusivo; 4) disponibilização de leitos no hospital geral; 4) ampliação de Caps voltado para a atuação no problema; 5) avaliação das estratégias de atendimento realizadas. Além disso, a criação

de casas de acolhimento transitório, também chamadas Casas do Meio do Caminho são almeçadas:

São pessoas que necessitam de atendimento e de acesso com muito mais rapidez. A gente precisa fazer mudanças importantíssimas na maneira como a gente acolhe essas pessoas. Alguma espécie de contato inicial que facilite a vinculação. A organização de serviços que o Ministério da Saúde tem chamado de Unidades Residenciais Terapêuticas Transitórias. Começou em Recife, que é a Casa do Meio do Caminho. Que seriam unidades de saúde que viabilizassem o abrigo dessas crianças e desses adolescentes, que vivem uma situação de vida extremamente precária, às vezes, sem nenhuma retaguarda social e familiar. (gestor de serviço de saúde especializado)

Seria bastante profícuo se a cidade conseguisse elaborar uma linha de cuidado na atenção ao usuário de crack e outras drogas, que se inicia na prevenção e avança para o atendimento ao usuário e sua família, incluindo o acolhimento, a atenção psicossocial e a articulação entre os diferentes serviços.

Um tema transversal bastante comentado foi a necessidade de capacitação profissional para o trabalho com usuários de drogas, desde os que estão na atenção básica, na saúde da família, os médicos generalistas, as equipes de urgências e emergências dos hospitais, além dos conselhos tutelares e do Juizado.

Isso não está disponível nas formações universitárias. A gente tem agora alguns cursos de especialização que apareceram, mas eles não dão conta da parte prática, por ser teoria da teoria da teoria. A pessoa chega e, quando vê o usuário, sente medo, sente inseguro, sem o manejo terapêutico. Se não se pensar em qualificação, em prática de supervisão institucional. Isso tem que ser por edital do Ministério da Saúde, isso tem que ser obrigatório que a gente tenha uma supervisão clínica, que os profissionais tenham esse acompanhamento. (gestor do Caps ad III)

Os municípios não se interessam, de fato, em meter a mão no bolso e disponibilizar recursos que viabilizem a estruturação dos serviços, a capacitação de equipes. (...) É impressionante quando a gente capacita profissionais dos mais diversos setores, no final da capacitação eles passam a ter uma visão completamente diferente. Nós tivemos uma experiência na capacitação de defensores públicos que antes eles tinham uma atitude, eu diria até muito preconceituosa e estigmatizante. E hoje eles atuam de uma forma muito mais humanizada, olhando o usuário de um outro modo. Não aquele

usuário que faz uma escolha por uma conduta desviante, mas aquele usuário que, por um engano, por um encontro mal-sucedido estabelece uma forte vinculação com a substância psicoativa. E que aí evolui para um estado de muito sofrimento. (gestor de serviço de saúde especializado)

Por fim, retomando o título deste capítulo, a cidade de Salvador precisa se planejar para construir uma política pública que dê conta da complexidade da temática do crack e das outras drogas, não se detendo apenas em ações pontuais nem assistenciais, mas que englobe sobretudo uma melhor articulação entre os serviços.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. J. S. A Questão dos Meninos(as) de Rua no Brasil e em Salvador: uma análise sócio-histórica e territorial, 2000. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia.
- ANDRADE, T. M. et al. The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and Behavior*, 5(1): 51-64, 2001.
- ASSIS, S. G. & FARIAS, L. O. P. (Orgs.) Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional e Familiar. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BASTOS, F. I. & BERTONI, N. (Orgs.). Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Ictict/Fiocruz, 2014.
- BAUS, J.; KUPES, E. & PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36(1): 40-46, 2002.
- BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 14(32): 127-138, jan.-mar. 2010.
- CARLINI, E. A. et al. I Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.
- CONSUMO de crack cresce sem controle no Brasil. *O Globo*. Rio de Janeiro, 6 fev. 2010.
- DIGIÁCOMO, M. J. & DIGIÁCOMO, I. A. Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2010.
- DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4): 545-557, 2008.
- 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). Projeção Preliminar da População do Brasil, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas das Populações Residentes, 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008>. Acesso em: jun. 2012.

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

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução n. 109, 11 nov. 2009. Brasília: MDS, 2009.

OLIVEIRA, L. G. & NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(6): 212-218, 2008.

RAUPP, L. & ADORNO, R. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5): 2.613-2.622, 2011.

SANTOS, J. F. O Crack: o grande mal do século XXI, 2011. Monografia, Florianópolis: Universidade Estácio de Sá.

SCHENKER, M. Valores Familiares e Uso Abusivo de Drogas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 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): 1-9, set.-out. 2011.

SILVA, R. S. et al. Crack: um olhar sobre a recepção aos usuários de substâncias psicoativas. *Vitalle*, 20(1): 93-97, 2008.