

6. O Município do Rio de Janeiro e o Crack

Andrea Machado Iannelli
Simone Gonçalves de Assis

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

IANNELLI, A.M., and ASSIS, S.G. O Município do Rio de Janeiro e o Crack. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 193-236. ISBN: 978-85-7541-554-2. <https://doi.org/10.7476/9788575415542.0008>.



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/).

6

O Município do Rio de Janeiro e o Crack

Andrea Machado Iannelli
Simone Gonçalves de Assis

Este capítulo apresenta informações sobre a presença do crack na vida de crianças e adolescentes que moram no município do Rio de Janeiro (RJ), bem como fornece dados de seus pais ou responsáveis também consumidores dessa substância. Aborda ainda a magnitude do uso de crack entre crianças em Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs) do município, a rede socioassistencial voltada para o atendimento aos usuários da substância e algumas propostas de enfrentamento do problema.

O CRACK E O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do Brasil – com 6.320.446 habitantes em 2010 (IBGE, 2013) –, menor apenas que a cidade de São Paulo. Principal destino turístico na América Latina, foi transformada em Patrimônio Cultural da Humanidade em 2012 (Unesco, 2012).

Existe na cidade significativo contingente de habitantes de outros estados, em especial de nordestinos que migraram com intuito de obter melhores condições de vida e de trabalho, especialmente entre 1960 e 1980 (IBGE, 2000). Há também parcela significativa da população que vive na pobreza, em aglomerados urbanos construídos sobre encostas de morros, onde as condições básicas de vida – moradia, saúde, educação e segurança pública – são precárias. Segundo o Censo de 2010, 19,9% dos domicílios na cidade do Rio de Janeiro encontram-se em favelas (IBGE, 2011).

No que tange à cocaína, até o início do século XX no Brasil não havia relato sobre abuso e dependência dessa droga. A substância era vendida em farmácias com indicação para laringite e tosse. Entretanto, entre 1910 e 1920, o alvo da preocupação passou a ser o uso não prescrito em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro. O país não é um produtor de cocaína, mas faz parte da rota colombiana do tráfico para os Estados Unidos e Europa (Carlini et al., 1995). O crack entrou no Rio de Janeiro apenas nos anos 2000, mais tardiamente se comparado ao município de São Paulo, pois as facções responsáveis pelo tráfico de drogas na cidade recusavam-se a produzi-lo e vendê-lo, optando pela cocaína para ser cheirada ou fumada (Dowdney, 2002).

Com a entrada da cocaína no início dos anos 1980 na cidade, a comercialização de drogas se intensificou sob o poder de traficantes, que se organizavam em facções fortemente armadas que disputavam entre si, com repercussões negativas nas comunidades. Eles passaram a ser figuras constantes nessas localidades, sem respeito aos moradores, atraíam um contingente grande de jovens e criavam um ambiente de elevada vulnerabilidade, especialmente para as crianças (Dowdney, 2002). Tal quadro ainda persiste, acentuado pelo amplo acesso a armas de fogo e a variadas drogas, que chegam à cidade pelas rodovias, portos, aeroportos, e pela falta de rígido controle das forças públicas de segurança (Zaluar, 2007).

A violência na cidade do Rio de Janeiro, caracterizada pela presença de grupos criminosos armados controlando territórios por mais de duas décadas, justificaram a intervenção policial a partir de dezembro de 2007, com a criação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs). De acordo com documento da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, as UPPs objetivam: retomar o controle do Estado sobre as comunidades sob forte influência da criminalidade, devolver à população dessas localidades a paz e o exercício da cidadania e contribuir para desmantelar a guerra. O documento informa ainda que, com a instalação das UPPs, não se obterá o fim do tráfico de drogas e da criminalidade nem se solucionarão todas as mazelas sociais e econômicas das comunidades. Nota-se, portanto, que as UPPs não correspondem a um programa de prevenção policial para dar conta da criminalidade, mas um processo de devolver à população os territórios controlados por criminosos. Elas são consideradas uma estratégia de “pacificação” e um desafio do Estado de legitimar sua força.

Nessa linha de atuação, foi criado o programa de ações sociais batizado de UPP Social, cujo mote é trabalhar em integração com a polícia. A UPP Social

tem uma coordenação à parte do comando da polícia e foi estruturada para dar suporte à pacificação, fomentar a cidadania e o crescimento socioeconômico e promover a inclusão das comunidades às demais áreas da cidade. As UPPs, em tese, ofereceriam mais segurança à população do Rio de Janeiro, localizando-se estrategicamente em áreas pobres com elevada concentração de traficantes de drogas (Henriques & Ramos, 2012).

Tal cenário de violência e desigualdades facilitou a disseminação do crack no Rio de Janeiro, provocando incômodo na sociedade, especialmente em razão da impactante fragilização física, emocional e social de muitos usuários da substância. Políticas públicas de diversas áreas começaram a surgir no município. Em abril de 2012 houve adesão municipal e estadual ao programa Crack, É Possível Vencer do governo federal. Esse programa tem como objetivo aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as atividades de prevenção, com a criação de seis novos Centros de Atenção Psicossocial (Caps)¹ para atendimento 24 horas no estado. Outras oito unidades, já em funcionamento, também passariam a atender casos de uso/abuso de álcool e outras drogas (Caps ad) (Instituto Pereira Passos, 2012).

Havia a previsão de criar mais Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas) e novos SAIs para crianças/adolescentes. Ainda no escopo do programa, o município do Rio deveria contar com novos leitos em enfermarias especializadas e Consultórios na Rua para o atendimento aos dependentes do crack.

Uma estratégia adotada no município em 2011 foi o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes em situação de risco (Cf. resolução n. 20/2011 da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social – SMDS – do Rio de Janeiro), entre os quais se destacavam os usuários de crack e outras drogas. Tal medida vem alcançando outras cidades brasileiras, entre as quais se inclui São Paulo, que também adotou posteriormente o regime compulsório para a população usuária de crack.

De acordo com a resolução, os usuários de crack são retirados das ruas da cidade à revelia e levados para um SAI para desintoxicação. Esse recolhimento é fruto de um acordo entre o Ministério Público, justiça e a SMDS. É considerada

¹ Caps – serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Pode ser considerado I, II e III, segundo o tamanho do município. O Caps III funciona 24 horas diariamente. Caps ad atende usuários de álcool e outras drogas, e Caps I, a população infantojuvenil.

como uma medida protetiva para as crianças e adolescentes que estão nas ruas perambulando por motivos pessoais e/ou sociais, entre eles o uso do crack. A SMDS/RJ defende a ideia de que o recolhimento compulsório vai ao encontro do “direito à vida e à saúde”, de acordo com o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8.069/90),² que prevê políticas públicas que possibilitem o desenvolvimento sadio e harmonioso das crianças e adolescentes em condições dignas de existência. Para enfrentar a perspectiva do aumento da população recolhida, a SMDS tem aberto vagas em SAIs para pessoas em situação de vulnerabilidade social, como uso de drogas e vivência na rua.

O recolhimento compulsório de usuários de crack tem suscitado reações de entidades dos direitos humanos, tais como: Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Regionais da Assistência Social, da Psicologia e da Enfermagem, que alegam ser essa prática uma ação higienista e contraprodutiva. Alegam que os SAIs não estão preparados para atender com eficácia as demandas dos usuários do crack, que carecem de estrutura adequada e profissionais capacitados para prestar um serviço de qualidade, e que os serviços de saúde são insuficientes para atender a demanda. Ponderam também que policiais militares, civis e guardas municipais retiram de maneira truculenta a população infantojuvenil das ruas e a levam para SAIs sem infraestrutura para o tratamento de crack, localizados em Guaratiba (Zona Oeste – duas unidades) e Laranjeiras (Zona Sul – uma unidade) (Entidades..., 2011). Desses três serviços, os da Zona Oeste, que eram organizações não governamentais (ONGs), tiveram seu convênio interrompido em decorrência de irregularidades no atendimento prestado, reduzindo ainda mais a oferta de serviços no município.

Segundo o Portal dos Direitos da Criança (2011),³ das mais de mil pessoas recolhidas até 29 de julho de 2011, 249 são crianças e adolescentes. O referido portal acrescenta que várias manifestações contrárias à medida foram divulgadas por diversos segmentos da sociedade. O mote da crítica é a forma violenta com que os usuários são abordados nas ruas. Outro manifesto contrário à medida foi o ato público “Recolher não é acolher”. Durante o evento, foi divulgado um abaixo-assinado, que denunciava a arbitrariedade com que o recolhimento é feito. Ainda de acordo com o portal, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) também se manifestou em 26 de julho.

² Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 14 fev. 2013.

³ Disponível em: <www.direitosdacrianca.org.br/em-pauta/2011/08/recolhimento-compulsorio-de-usuarios-de-crack-gera-polemica/?searchterm>. Acesso em: 14 fev. 2013.

O órgão não defende a suspensão da medida adotada no Rio, mas faz diversas recomendações, entre elas: o atendimento deve ser feito pela saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), e o acolhimento institucional deve seguir os trâmites estabelecidos pela Lei da Adoção (n. 12.010/09), que determina o plano de atendimento individual e de apoio à família.

Vale distinguir a diferença entre o “recolhimento compulsório” realizado nas ruas e cracolândias da cidade (com encaminhamento para as Centrais de Recepção – CR – e SAIs do município) e a “internação compulsória ou involuntária” de pessoas na rede de saúde, em hospital geral e/ou psiquiátrico.

O recolhimento compulsório precisa ser pensado à luz da política de saúde mental infantojuvenil no Brasil, que busca superar a prática de institucionalização calcada na ideia de reclusão em abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos. As diretrizes e os princípios que norteiam as ações voltadas para a atenção à saúde mental desse segmento da população também estão inseridos nos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que levaram a um modelo de tratamento aberto e comunitário, privilegiando a inserção social e o atendimento a necessidades clínicas, comunitárias, familiares e de reabilitação.

No Brasil, a política pública de saúde mental voltada especificamente para crianças e adolescentes, com abrangência nacional, começou a ser estabelecida entre 2002 e 2004, quando foram formalizados os Caps, Caps ad e os específicos para infância (Caps i), e implementado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (Lauridsen-Ribeiro & Tanaka, 2010).

Quanto aos recursos públicos para enfrentar o problema do crack no município do Rio de Janeiro, o Fórum Popular do Orçamento, baseando-se em dados oficiais (prestações de contas de 2002 a 2010), relata que o município investiu em média apenas 3% de seu orçamento em assistência social e direitos da cidadania. O baixo percentual é refletido no Plano Plurianual, que destina ao Programa Enfrentamento ao Uso e Abuso do Crack e Outras Substâncias Psicoativas um total de 76 vagas no ano de 2010 e prevê tratamento de 12 crianças e adolescentes nas Casas Vivas, especializadas no acolhimento de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, especialmente crack, em 2011 e 2012.⁴

⁴ Secretário de Assistência Social, Rodrigo Bethlem, em audiência pública na Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 30 maio 2011.

A REDE SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Para conhecer a rede socioassistencial existente no município do Rio de Janeiro em 2012, foram realizados os seguintes passos na pesquisa que dá origem a este capítulo. Uma amostra representativa com 21 SAIs foram visitados no município, com aplicação de: questionários aos gestores com perguntas sobre o funcionamento dos serviços (21); questionários respondidos por técnicos da instituição com base nos prontuários (SAI) das crianças e adolescentes com uso de crack pessoal ou familiar (50); questionários aos adolescentes usuários de crack presentes nos SAIs no momento da pesquisa, indagando-lhes diretamente sobre o consumo da droga (7).

Na abordagem qualitativa foram realizadas 30 entrevistas com: dez adolescentes usuários de crack (oito em SAIs e dois em serviços de saúde); sete familiares de crianças e adolescentes usuários de crack (seis familiares em SAI e um em serviço de saúde); oito profissionais da área de assistência social (sete coordenadores ou técnicos de SAI e um gestor da SMDS; três profissionais da área de saúde (agente comunitário em Consultório de Rua, gestores ou técnicos de Caps ad e Caps i); um conselheiro tutelar e um promotor público. Maiores detalhes sobre os procedimentos metodológicos podem ser lidos no Anexo.

Seguem informações sobre a rede de apoio a crianças e adolescentes usuários de crack e a suas famílias, com dados especialmente oriundos dos profissionais entrevistados e de busca documental. Não se trata de um retrato completo, já que o município não dispõe de um fluxograma abrangendo toda a rede de atenção voltada para usuários de crack.

Na área da assistência social, existem duas Centrais de Recepção na região central do município: Carioca e Taiguara. Anteriormente havia uma no bairro de Bangu, que atualmente funciona como SAI. As Centrais de Recepção atendem crianças e adolescentes, com o objetivo de acolher e encaminhá-los à rede socioassistencial no Rio de Janeiro e demais municípios do estado. O tempo de permanência é de até 24 horas, mas nem sempre esse prazo consegue ser cumprido em virtude da complexidade de cada caso.

Em geral, a população infantojuvenil é encaminhada para essas centrais pela equipe de abordagem de rua da SMDS, que faz incursões pelas cracolândias e outras áreas da cidade. A Central de Recepção também é acionada por meio do Conselho Tutelar, guarda municipal, delegacia de polícia, bem como por familiares e pela demanda espontânea da própria criança ou adolescente que já conhece a unidade como referência.

Segundo informações de coordenadores e técnicos de SAIs, as centrais encaminham os casos para a unidade de saúde mais próxima, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Consultórios na Rua, hospitais gerais, de emergência ou de saúde mental. Caso não seja necessário passar por uma unidade de saúde, as crianças e adolescentes são encaminhados para os SAIs. Havia nove unidades de acolhimento ligadas à SMDS na cidade no momento da pesquisa: Casa Viva, em Laranjeiras – considerado um SAI especializado para usuários de drogas; Abrigo Airton Sena, em Vila Isabel; Casa de Acolhida do Catete; Casa Lar Dalva de Oliveira, em Botafogo; Centro de Acolhimento Dom Helder Câmara, no Estácio; Casa de Passagem Cely Campelo, em Jacarepaguá; Casa Lar Nora Ney, em Santa Cruz; Centro Municipal de Assistência Social Integrada Raul Seixas, na Praça da Bandeira; e Central de Recepção de Crianças e Adolescentes de Bangu, que no momento funcionava como um SAI. Além desses serviços, existe ainda uma ONG na Zona Oeste com duas unidades especializadas em usuários de drogas conveniadas à SMDS.

Em 2012, havia 46 Centros de Referência de Assistência Social (Cras) no município que realizavam serviços de proteção social básica, configurando uma porta de entrada no sistema de assistência social. O Cras tem como objetivo a proteção social básica em áreas de vulnerabilidade e risco social, visando à minimização e/ou superação das desigualdades sociais. Tem a função de organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais. Desenvolve ações de inclusão familiar e comunitária por meio de acolhida e recepção, escuta e encaminhamento, oficinas de geração de renda e realização de grupos diversos (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Os 14 Creas então existentes oferecem serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou com seus direitos violados, entre os quais se incluem os usuários de drogas.

Na área da saúde, em 2012, a cidade do Rio de Janeiro contava com 27 Caps, sendo 24 municipais: três Caps III (adultos), 11 Caps II (adultos), oito Caps I, cinco Caps ad; dois estaduais: Caps ad Centra-Rio e Caps II Uerj, além de um federal, vinculado ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub/UFRJ) – Caps I Carim. O início da implantação dos Caps na cidade ocorreu na década de 1990. Há também três hospitais para internação de usuário de crack com 12 leitos em cada um deles: Philippe Pinel, Hospital Psiquiátrico Nise da Silveira e Hospital Municipal Psiquiátrico Jurandyr Manfredini.

Tanto os Caps ad quanto os Caps i são serviços compostos por equipe multiprofissional de atenção a pessoas com dificuldades pelo uso de álcool e outras drogas. São oferecidos atendimentos individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento aos familiares.

Fazem parte da rede de saúde as UPAs, os Consultórios na Rua, os hospitais gerais e de emergência. Há três Consultórios na Rua no município do Rio de Janeiro: Centro, Mangueiras e Jacarezinho. O Consultório na Rua visitado durante a pesquisa é muito bem equipado, localizado dentro de uma Clínica da Família, mas não dispõe de carro. Parte da equipe vai para a rua fazer “busca ativa” de usuários de substâncias psicoativas. Atende de 8h às 17h, de segunda a sexta-feira, a pessoas oriundas da cidade, região metropolitana e que vivem nas redondezas, em torno dos locais de venda de crack. São em geral adultos entre 20 a 35 anos de idade que migraram da maconha para o crack; poucas são as crianças e adolescentes atendidos (talvez uns 2% – percentual aferido pelo agente comunitário de saúde); o fluxo total de atendimento gira em torno de 12 a 15 por dia, mas quando a equipe faz busca ativa, a quantidade de atendidos se torna maior.

OS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Dentre os 21 SAIs visitados na pesquisa, 14 atendem crianças e 16, adolescentes (Tabela 1). A presença de crianças que usam crack e drogas em geral não foi mencionada por nenhum serviço. Entre os que atendem adolescentes, o quadro é diferente: 42,9% dos serviços acolhem consumidores de drogas em geral e 28,6%, os que usam crack. Em relação aos responsáveis de crianças e adolescentes, entre 56,3% e 64,3% dos serviços informam o consumo de drogas em geral, e aproximadamente 30% dos serviços têm responsáveis que utilizam crack.

Três SAIs se destacam por terem elevado número de crianças em uma mesma unidade (entre 35 e 53 acolhidos), em desacordo com o preconizado pelas normas governamentais – 20 crianças e adolescentes por serviço (Brasil, 2009). Igual número de SAIs tem excesso de adolescentes (entre 21 e 38). Em média encontram-se 13,9 crianças e 8,7 adolescentes por serviço.

Tabela 1 – Serviços de Acolhimento Institucional que atendem crianças e adolescentes e seus responsáveis com história de uso de drogas em geral e de crack (N=21 SAI). Rio de Janeiro – março a setembro de 2012*

Consumo de drogas	SAIs que atendem crianças N=16**		SAIs que atendem adolescentes N=14***	
	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	0	-	6	42,9
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	4	28,6
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	9	56,3	9	64,3
Responsáveis com história de uso de crack	5	31,3	4	28,6

* Informação dada pelo gestor do serviço.

** Cinco SAIs não têm crianças acolhidas.

*** Sete SAIs não têm adolescentes acolhidos.

O alto número de acolhidos reflete-se na elevada quantidade de adolescentes com uso de drogas em três serviços (11, 15 e 19), indicando a necessidade de um atendimento especializado para grande número de adolescentes, o que é um desafio para uma atenção adequada.

No que se refere especificamente ao crack, os quatro serviços que relataram o consumo desse tipo de droga entre adolescentes, acolhem respectivamente: um único jovem, dois, quatro e dez. A situação em relação aos responsáveis reitera o desafio do atendimento aos usuários de crack em alguns serviços: um SAI tem responsáveis de 27 crianças, e outro, de dez adolescentes com esse consumo. Considerando-se o uso de drogas em geral, encontram-se genitores de 18 crianças em um SAI e de 19 adolescentes em outro. Esses dados reiteram a relevância de inserir a questão das drogas na capacitação dos profissionais que ali trabalham, bem como nas políticas públicas das diferentes esferas governamentais.

Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição das 449 crianças e adolescentes que se encontravam nos 21 SAIs visitados. Como se pode perceber, entre as 292 crianças presentes nos SAIs, nenhuma é referida pelos gestores/técnicos por utilizar drogas em geral. Muitos responsáveis, contudo, mostram intimidade com drogas em geral (23,3%) e com o crack (13,7%). Entre os 157 adolescentes,

39,5% usam drogas em geral e 10,8%, crack; entre seus responsáveis, tem-se 31,2% e 2,5%, respectivamente.

Tabela 2 – Uso de drogas em geral e de crack por crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional e por seus responsáveis. Rio de Janeiro – março a setembro de 2012*

Consumo de drogas	Crianças N=292		Adolescentes N=157		Total N=449	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	0	-	62	39,5	62	13,8
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	17	10,8	17	3,8
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	68	23,3	49	31,2	117	26,1
Responsáveis com história de uso de crack	40	13,7	4	2,5	44	9,8

* Informação dada pelo gestor do serviço.

A maior parte dos SAIs já funciona há muitos anos. Seis têm entre dois e oito anos de atividades; sete, entre dez e 18 anos; dois, entre 23 e 25 anos; cinco, entre 60 e 84 anos, e um, com 274 anos de existência, é um serviço filantrópico. Excluindo esse serviço centenário, observa-se que os demais têm em média 27,4 anos de existência (DP=28,9), com muitos serviços atuando antes do ECA, quando ainda não vigorava a doutrina da proteção integral.

Dezessete SAIs (81%) têm a natureza de abrigo tradicional. Alguns apresentam especificidades: uma unidade abriga crianças pequenas apenas durante a semana; uma está voltada para crianças com problemas motores que também retornam aos lares; uma é só para meninas; e uma atende vítimas de maus-tratos. Há ainda uma Casa Lar em aldeia⁵ e uma Casa de Passagem.⁶ Outros dois SAIs visitados foram uma Central de Recepção 24 horas e um abrigo que também funciona como creche para filhos de policiais militares.

⁵ É um conjunto de casas lares que ficam dispostas em um mesmo terreno, ao redor de um núcleo central, e compartilham uma mesma estrutura técnico-administrativa. A modalidade de acolhimento institucional em Casa Lar agrega no máximo dez crianças e adolescentes por unidade residencial, na qual pelo menos uma pessoa, ou um casal, trabalha como educador/cuidador residente em cada unidade. A unidade residencial não é a casa do educador/cuidador.

⁶ Acolhimento institucional de curtíssima duração, emergencial, para crianças e adolescentes com perfis diversos, em situação de abandono ou afastados do convívio familiar. Equipe técnica realiza o diagnóstico e encaminha para os demais serviços de acolhimento ou providencia a reintegração na família de origem.

A maioria dos SAIs é não governamental (71,4%); os demais são unidades públicas municipais. Nove SAIs têm orientação religiosa (42,9%): seis católicos, um evangélico e dois espíritas. Todos os 12 serviços sem orientação religiosa são públicos.

O atendimento oferecido às crianças e adolescentes em situação de risco social dirige-se para algumas clientela específicas: 12 SAIs recebem população de rua; dez, os ameaçados de morte; 11, os portadores de doenças infectocontagiosas; 13 atendem os portadores de transtornos mentais e nove recebem crianças e adolescentes com uso de crack e outras drogas (42,9%).

Todos os SAIs têm equipe técnica própria. Em todos há assistentes sociais e em 17 deles há psicólogos. Outros profissionais presentes em nove serviços são: pedagogos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, terapeutas ocupacionais, pediatras, fonoaudiólogos, nutricionistas, oftalmologistas e neurologistas.

No que tange à capacitação dos profissionais que trabalham nos SAIs para lidar com o tema do crack e de outras substâncias, constata-se que a temática do crack foi pouco mencionada como alvo de formação continuada por parte de equipe técnica (em 28,6% dos SAIs), direção (19%), coordenação (14,3%), cuidadores (4,8%) e inexistiu para pessoal administrativo, serviços gerais e estagiários. O número máximo de funcionários capacitados é de 12 profissionais da equipe técnica. Capacitações sobre outras substâncias apresentam dados ligeiramente superiores, porém igualmente insuficientes para dar conta de um problema tão presente nos SAIs.

PERFIL DAS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES

Na Tabela 2 verifica-se que entre as 449 crianças e adolescentes acolhidos nos SAIs, o uso de crack foi mencionado por gestores/técnicos para 17 adolescentes e para 44 pais/responsáveis. Desse total, numa segunda etapa foram localizados e preenchidos questionários com base em 50 prontuários de crianças e adolescentes. O perfil dos acolhidos encontra-se a seguir.

Constata-se a predominância de meninas (58%) e a concentração de crianças de mais baixa idade nos serviços investigados: 13 têm entre 5 e 7 meses de idade (26%), 18 estão entre 1 e 4 anos (36%), nove têm entre 5 e 9 anos (18%), três, entre 11 e 14 anos (6%) e sete, entre 15 e 17 anos (14%).

Dessa população infantojuvenil, 66% não frequentam a escola. Discriminando os acolhidos fora da escola, tem-se que apenas oito crianças até 5 anos

de idade têm registros institucionais que identificam sua inserção na pré-escola;⁷ na faixa dos 6-14 anos, a maioria está na primeira etapa do ensino fundamental; entre os 15-18 anos, um frequente educação para jovens e adultos (EJA).

A convivência direta no ambiente primário de socialização com pessoas que usam drogas (incluindo crack) se observa em 36% das crianças/adolescentes, que informam ter morado com alguém com tal uso nos últimos 30 dias antes do acolhimento. Os pais são os principais usuários de crack relatados. Em alguns casos, associam-se a cocaína e o álcool.

A maioria das crianças/adolescentes tem irmãos (84%), frequentemente afastados do meio familiar: 50% vivem nas mesmas unidades de acolhimento, 6% em outro SAI e 4% foram adotados.

Oito crianças/adolescentes apresentam algum problema de saúde (16%): comportamento agressivo, depressivo ou ansioso; deficiência física ou mental não especificada e má formação de sistema nervoso central com déficit global de desenvolvimento. Dois acolhidos têm doenças genéticas. Outros problemas de saúde mencionados são: problemas odontológicos sérios, suspeita de tuberculose e dependência química de thinner e crack. Trinta por cento do grupo pesquisado têm trajetória de rua.

Constata-se a fragilidade da atenção aos usuários de crack: apenas quatro adolescentes (23,5%) foram encaminhados para tratamento por uso de crack e menos da metade dos responsáveis (48%) recebeu encaminhamento.

Sobre suas famílias, verifica-se que a maioria dos acolhidos reside na cidade do Rio de Janeiro (92%), apenas quatro deles têm famílias morando em outras cidades da região metropolitana.

A manutenção do vínculo com a família durante o período de acolhimento é relatada em apenas 36% dos casos; 56% das crianças/adolescentes não têm mais vínculo com suas famílias; 8% têm impedimento judicial de contato. Em um total de 42% dos prontuários, há indicação de pelo menos uma visita familiar à instituição, especialmente de mães e avós.

Os motivos que levaram as crianças e adolescentes ao acolhimento institucional são: dependência química dos pais ou responsáveis (86%), seguida bem à distância por negligência (26%), situação de rua (22%), abandono pelos pais/responsáveis (18%). Em 8% do grupo infantojuvenil foram mencionados

⁷ 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, com cinco anos de duração) e finais (faixa etária de 11 a 14 anos, com quatro anos de duração).

o uso pessoal de crack e problemas psiquiátricos/psicológicos dos pais/responsáveis. A violência doméstica física e sexual foi pouco relatada (6% cada), seguida por entrega voluntária da criança/adolescente pela família de origem e ameaça de morte (4% cada). Os motivos menos citados (2%) foram: violência doméstica psicológica, carência de recursos materiais da família/responsável, ausência dos pais/responsáveis por prisão, uso de substâncias por parte da criança/adolescente e violência ou abuso extrafamiliar

No que se refere aos dados sobre a institucionalização em SAI, entre as 50 crianças e adolescentes identificadas pelo uso pessoal ou familiar de crack, verifica-se que a quase totalidade estava na instituição há cerca de um ano, somente um caso estava há dez anos. Também a maioria (92%) tem procedimento administrativo na Vara da Infância e Juventude e na qual se registra o consumo de crack por parte da criança/adolescente ou seus responsáveis.

Destaca-se o Poder Judiciário como o órgão que mais encaminhou crianças e adolescentes para os SAIs nos últimos 12 meses (66%); em seguida vem o Conselho Tutelar (14%). Com frequência menor está a SMDS (10%). Dois casos excepcionais são provenientes do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) e de uma ONG.

Em relação à situação legal das crianças e dos adolescentes usuários de drogas ou cujos responsáveis utilizam crack, tem-se que: cinco acolhidos nessa situação estão legalmente encaminhados para adoção, aguardando colocação em família adotiva (10,4%); cinco estão iniciando a aproximação com adotantes (10,4%); e quatro têm a destituição do poder familiar concluída (8,3%), mas ainda sem encaminhamento efetivo para adoção. Isso significa que há 29,1% de crianças e adolescentes usuários de crack em SAI ou cujos responsáveis consomem essa substância que preenchem critérios para a condição legal de adoção na cidade do Rio de Janeiro.

Os demais estão nas seguintes condições, quanto ao aspecto legal: 28 em fase de avaliação/preparação para reintegração/retorno ao convívio com os responsáveis (58,3%); sete com suspensão do poder familiar (14,6%); três com processo tramitando de guarda/tutela ou com sentença pendente de recurso. Nenhum está com a destituição do poder familiar em tramitação.

Um em cada quatro crianças/adolescentes com história relacionada ao uso de crack/drogas já havia sido acolhido anteriormente no mesmo ou em outro SAI, e um jovem envolvido com o uso de crack estava em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida. Tais aspectos mostram vidas muito ligadas

a instituições sociais de assistência social e justiça, em uma tentativa (muitas vezes fracassada) de suprir as vulnerabilidades e riscos existentes.

Para compreender em maior profundidade a trajetória de vulnerabilidade dos adolescentes acolhidos em SAIs com história de uso de crack, foram aplicados questionários sobre o padrão de consumo da droga a cinco deles – os que se encontravam presentes nas unidades e/ou que tinham condições físicas/mentais de responder às perguntas. No que se refere à idade dos entrevistados, observa-se que um tem 12 anos, e os demais têm entre 16 e 17 anos. Há apenas uma menina. Só um relata ter a cor da pele branca – os demais se autoidentificam como pretos ou pardos. Todos têm irmãos que vivem com a família de origem. Como forma de ganhar dinheiro, três adolescentes já atuaram em trabalhos de venda de mercadorias, como, por exemplo, doces. Um relata esmolar e outros dois informam atos ilegais como roubos e prostituição.

O consumo de álcool, maconha e crack ao longo da vida foi mencionado por todos os adolescentes, indicando a conjunção do uso de várias drogas: quatro usaram tabaco; três, cocaína; dois, mesclado (maconha e crack); três consumiram produtos para sentirem “barato”; um, oxi; dois utilizaram LSD, ecstasy ou outra droga que provoca alucinação; haxixe foi mencionado por um adolescente.

Em relação ao uso de drogas no mês anterior ao acolhimento, constata-se que: um adolescente utilizou tabaco diariamente; um, álcool (dois dias no mês); um, cocaína (dez dias); outro, mesclado (11 dias do mês); dois usaram maconha (variando de duas vezes até todos os dias); quatro, crack (até 13 dias); três utilizaram substâncias para sentir “barato” via oral e nasal (entre 20 e 30 dias no mês); um usou droga alucinógena via oral.

Detalhando melhor o consumo de crack, tem-se que: um adolescente utilizou a substância há um ano; outro, há dois anos; dois, há três anos e um há sete anos. A quantidade de pedras de crack consumidas em um dia comum oscila entre duas e dez. A droga é utilizada de diferentes formas: dois deles o fazem em formato de cigarro (misturando tabaco e crack); três usam como pitico (misturando maconha e crack); dois utilizam latas de refrigerante ou cerveja; quatro, copos plásticos; e quatro, cachimbo. Dois afirmam reutilizar copo/cachimbo de outro usuário para fumar crack. Quatro informam consumir crack em conjunto com outras drogas, destacando-se tabaco, álcool e maconha.

Três adolescentes relatam que o local de consumo de crack é a rua, e dois outros mencionam uma cracolândia situada em morro da cidade. Apenas um

menciona a casa de amigos. Amigos e traficantes são as pessoas com quem obtêm o crack para o consumo próprio.

Um adolescente refere que tem irmãos que também utilizam drogas (maconha) e outro relata o uso de cocaína pelo pai.

A situação de saúde dos adolescentes no último mês é considerada boa por quatro deles. Um jovem mencionou sentir dores no peito há cinco dias, embora não relacione o sintoma ao uso de crack. Fazer sexo sem camisinha é um ato relatado por quatro adolescentes. Quatro deles negam a prática de sexo com portador de hepatite B, C ou HIV. Um jovem recebeu transfusão de sangue. Outro já utilizou drogas injetáveis, e nenhum menciona ter tido overdose por crack. Apesar da boa condição de saúde apontada pelos adolescentes, vários necessitaram de atendimento na rede, especialmente de saúde, antes de serem acolhidos nas instituições: três haviam passado por posto de saúde; dois, por serviços de emergência; dois tiveram internações hospitalares. Um relata ter sido recebido em serviços ligados à assistência social, psiquiatria e em clínica especializada. Um foi atendido por serviço que dava alimentação gratuita.

Dois adolescentes já foram detidos pela polícia após começarem a consumir crack, em decorrência de traficar drogas e de apedrejar segurança de shopping center, indicando sua proximidade ao universo infracional.

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO USO DO CRACK

Um breve perfil dos dez adolescentes entrevistados individualmente na pesquisa reitera o abandono escolar (quatro), fato já comentado em estudo com usuários de crack de Santa Maria/RS (Mocelin & Moreira, 2010). Os demais estão estudando ou frequentando algum curso; um deles participa do programa Jovem Aprendiz, no próprio SAI em que se encontra. Esse serviço tem uma parceria com a Secretaria de Educação, que elaborou um projeto educacional para as crianças e adolescentes que estivessem muito tempo fora do ambiente escolar, com intuito de dar-lhes reforço antes de serem matriculados nas escolas públicas do município. “Hoje eu estudo, faço curso aqui [SAI], faço várias coisas. Agora vou fazer natação e futebol (Luís – SAI especializado).

Nenhum entrevistado em Central de Recepção frequenta escola, há algum tempo tinham abandonado o sistema educacional. Todos os adolescentes já se tinham evadido de algum SAI anteriormente e não exerciam atividades

laborativas. Destaca-se a atuação de um SAI especializado em que os adolescentes não só estudam, como também praticam atividades esportivas na comunidade.

A necessidade premente do crack na vida dos adolescentes surge em falas que revelam o desinteresse geral e atribuem a saída da escola ao uso do crack: “Não; não trabalho, não faço nada da vida, só uso crack” (Lauro – CR). Outro fato apontado por seis adolescentes é o consumo de drogas lícitas ou ilícitas por seus familiares.

Sabe, pra mim é uma coisa ruim, porque eu aprendi a usar droga [cocaína] com a minha mãe. (Geraldo – SAI)

Muita revolta. Muita revolta. Por causa da minha família, do meu pai. Porque ele usava, ele também usava droga, maconha. Fumava na nossa frente. Não deu aquele respeito de que tem o pai pelo filho. Eu acho que o filho espelha pelo pai, correto? Então, o que o pai está fazendo, o filho vai fazer o que ele está vendo. Aí eu fui experimentar essa droga do crack. Pra mim não serve. Agora, graças a Deus eu não estou usando mais! Eu não quero mais essa droga pra mim. Essa droga não é pra mim. (Alex – SAI especializado)

A rapidez com que o consumo se dá é relatada por uma adolescente: “Fuma, depois dali o vício pega rápido e não consegue parar mais, não consegue parar mais. E o vício é muito ruim” (Ildes – CR). Sabe-se que, quando a cocaína é fumada na forma de crack, a aspiração é absorvida pelos pulmões e chega ao cérebro entre seis e oito segundos. Quando é injetada demora de 16 a 20 segundos, e quando é cheirada, o tempo é de três a cinco minutos para obtenção do mesmo efeito. Fumar o crack é o meio mais rápido de fazer com que a droga chegue ao cérebro (Cruz et al., 2010). A “fissura”, conceituada como uma forte necessidade de utilizar uma substância, é considerada crucial para o uso compulsivo e dependência de drogas, propiciando ao indivíduo recaídas após abstinência. A dificuldade de interromper o uso do crack está presente na fala de uma adolescente grávida de cinco meses: “Eu uso droga, mas eu quero parar, assim eu tento, eu quero forças pra mim parar, mas eu não consigo, mas em nome de Jesus eu vou parar de usar essa droga” (Ildes – CR).

Os adolescentes informam que as “más” companhias favoreceram o uso do crack. Segundo sete deles, “amizade leva nós pra tudo. Mas, a gente vai porque a gente quer também” (Lauro – CR). Um adolescente relata que quis experimentar zirrê (crack com maconha) apenas para poder ficar acordado na época em que trabalhava na boca de fumo. Depois passou a usar crack puro.

Outro entrevistado não sabe falar porque experimentou, mas afirma: “Provei e gostei e todo dia eu comecei a usar, diariamente” (Diógenes – CR). Para um jovem, a vida na rua foi o motivo que o levou ao vício no crack.

Os principais motivos do envolvimento com as drogas na fase da adolescência são: busca do prazer, curiosidade, vontade de experimentar; influência do grupo em que está inserido e pressão social (Tiba, 2003). Cabe lembrar que o consumo de drogas é uma prática cultural, encontrada em todas as civilizações, embora as finalidades do uso sejam variadas, da curiosidade à busca do prazer (Spricigo & Alencastre, 2004).

Perguntados sobre os efeitos do crack em suas vidas, há uma gama de informações relatadas pelos dez adolescentes entrevistados: evasão nos estudos, rompimento dos vínculos familiares, mudanças físicas – “fiquei assim magra, feia de corpo” (Ilde – CR) –, mendicância, roubos, furtos, tráfico, violência e detenção pela polícia, perda dos amigos, expulsão de casa e distanciamento de todos.

Perdi a confiança da minha família. Tirei coisa de dentro de casa. Vendi alimento, já vendi liquidificador, já vendi espremedor de laranja. Eu tive problema na minha favela, onde eu moro. Foi um morador que me reconheceu, que eu tinha roubado. Aí gritou “pega ladrão”; me pegaram na rua, me arrebutaram todinho. Fui pra delegacia. (...) Cheguei aqui todo arrebutado. (Geraldo – SAI)

O efeito é que a minha mãe já não me quer mais dentro de casa. Ela quer que eu esteja em casa bem, não quer eu roubando. Não quer eu ficar morando dentro de casa com ela. Aí eu estou morando na rua, porque eu estava roubando, estava usando crack. (Diógenes – CR)

A gente não quer saber da família, nem do pai, nem da mãe, nem dos irmãos. Esquece sobrinho, esquece tudo, cara, o crack faz você esquecer escola, trabalho, esquece os amigos, esquece tudo. (Lauro – CR)

Todos esses adolescentes são unânimes em relatar com pesar o envolvimento com a droga, já que adquiriram mais ônus que bônus. Efeitos sobre a saúde física e mental também foram mencionados, especialmente a perda de peso (três), fazendo com que se sentissem feios e deprimidos. Dificuldades em correr (esporte anteriormente praticado), falta de ar, dormência bucal, dores, tosse, perda de memória e alucinação também foram relatados. Apenas um adolescente comenta que não percebeu nenhuma diferença na saúde depois do uso do crack.

Eu conseguia atravessar uma piscina, mas agora eu não consigo mais, eu não tenho mais fôlego, eu ando daqui ali e já fico cansado, não consigo, na hora de dormir eu fico respirando forte procurando ar e não tenho, sem fôlego. (Luís – SAI especializado)

Meu corpo começa a arripiar, começa a inchar todinho, aí eu desmaio. (Marcelo – SAI especializado)

Eu fico com dor no pulmão, às vezes dor no coração. Às vezes eu fico vendo gente. Eu penso que tem gente, mas na realidade não é ninguém. (Diógenes – CR)

Sentia medo! Dava pânico. Ficava assustado. (Alex – SAI especializado)

O uso de crack pode diminuir temporariamente a fome e o sono. A alimentação e o sono ficam prejudicados, ocorrendo o emagrecimento e esgotamento físico. Constatam-se problemas nos pulmões, coração e até na boca (queimaduras, dormência). Podem ocorrer náusea e dor abdominal. Os hábitos básicos de higiene podem ficar comprometidos. Quadros psiquiátricos são relatados: transtornos de personalidade, depressão, ansiedade, instabilidade do humor, ideias paranoides, delírios e alucinações. As principais complicações neurológicas são: dor de cabeça, tonteiras, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões (Cruz et al., 2010). São também frequentes as atividades ilícitas praticadas (tráfico de drogas, furtos, roubos e assaltos), a prostituição em troca de crack ou dinheiro para comprar a droga, o risco de infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (Nappo et al., 2004).

Metade dos adolescentes entrevistados apresenta histórico de rua, seja permanecendo na rua apenas durante o dia ou definitivamente, de acordo com o que se constata em outros contextos (Forster et al., 1992; Forster, Tannhauser & Barros, 1996; Nappo et al., 1997). Cinco jovens afirmam não ter vivência nas ruas. Um deles relata que pagava um hotel para dormir; os outros não perderam seus laços familiares, usavam a droga muitas vezes no portão de casa ou na rua, mas voltavam para a casa.

Entre os sete familiares de crianças e adolescentes usuários de crack entrevistados, a maioria relata ter família numerosa, agregando filhos, netos e também avós no mesmo domicílio. Em três casos a família é monoparental, chefiada por mulher. Esse quadro está de acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que se nota aumento da proporção desse tipo de família (de 22,2% em 2000 a 37,3% em 2010).

Em três famílias há relatos de outras pessoas (excluindo a criança/adolescente) com uso abusivo de drogas lícitas – tabaco e álcool – ou ilícitas – entre elas a maconha e o crack. Também foi mencionado o envolvimento de familiares no sistema prisional em duas famílias, acarretando evidente sofrimento.

Eu tenho um filho mais velho [usuário de maconha, cocaína e crack] que está no regime prisional fechado. Ele começou na adolescência e foi assistido também, mas eu não consegui deter ele. Aí ele foi morar na rua. Teve várias passagens no Padre Severino, passava várias semanas na rua. Eu cheguei a pedir ao juiz pra prender ele e não deixar ele na rua. Até que ele foi para o Educandário Santo Expedito, ficou seis meses. Uma semana na rua depois, mais seis meses de novo. Quando fez 18 anos ficou um mês na rua e voltou para o presídio. (mãe – Caps i)

As consequências do uso de crack na vida dos adolescentes, relatadas pelos familiares, referem-se à mendicância, prostituição, desleixo com a higiene, roubo, furto dentro da própria casa ou na comunidade a que pertencem para sustentarem o vício. Três familiares associam as consequências aos problemas de saúde dos adolescentes.

Eles ficam totalmente dependentes. Viram praticamente um mendigo. Não tomam banho, só andam no lixo, só vive todo sujo. E até chegar ao ponto de tirar as coisas de dentro de casa, que na maioria acontece isso mesmo. Eles começam a tirar as coisas de dentro de casa pra poder vender pra poder consumir a droga. (pai – SAI especializado)

Tem muitas. A saúde, eles põem a vida deles em risco. Esse meu filho, eu descobri que está com sífilis. (mãe – Caps i)

Um entrevistado associa as consequências do crack a todos os demais familiares que convivem com o adolescente.

É devastadora. Não afeta só o usuário em si, mas todos que estão ao redor. Não só o crack como qualquer outra droga devastadora. Mas, o crack, eu acredito que ele seja algo muito mais rápido e acaba com a vida da pessoa e dos familiares do que as outras. (tio e padrinho – SAI especializado)

Wright e Chisman (2004: 265) ressaltam que “o fenômeno das drogas constitui um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, família e sociedade”. A dependência causa grandes mudanças na interação do

indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e profissionais (Pratta & Santos, 2009).

Em relação aos efeitos percebidos pela família na vida do usuário, há um leque de informações: problemas com a higiene, vida na rua, companheiros da rua como membros da nova família, atos infracionais, furtos e roubos que colocam a vida em risco, abandono dos estudos, emagrecimento, esfacelamento dos vínculos com a família de origem, agressividade, apatia, morte, prisão, abandono de um bebê no hospital pela mãe adolescente e prostituição/exploração sexual. A angústia presente na fala dos familiares é a regra.

Chegava de manhã cedo em casa, saía quatro da tarde e só chegava de manhã cedo doidona, quebrando tudo, destruindo tudo. O irmão dela morreu por causa disso. Tem um irmão que está preso por causa de droga também. O negócio é terrível mesmo! Ela teve que fumar 40 pedras de crack pra mim trazer ela pra cá. Usar porque senão ela fugia, e pra não fugir, eu tive que ficar com a minha filha na sala e deixar ela no terraço fumando crack, porque senão ela fugia. Ela pula tudo, sai se jogando e ninguém pega mais, e se ela entrar pro morro, um abraço, que a amizade é muito forte, não tem como a gente trazer não. Ela teve que usar [crack dentro de casa]. Eu peguei ela, aí dei um banho nela, ela dormiu e quase amarrei pra levar pro Conselho Tutelar pra trazer ela pra cá, senão não tinha condição não, porque ela é agressiva, não é fácil não! (Carlos, companheiro da adolescente – SAI)

Quando os profissionais das diferentes áreas da atenção foram questionados sobre as causas do uso de crack pelas crianças e adolescentes, foi notória a necessidade de parar para pensar, antes de dar uma resposta. Entretanto, há um consenso de que o uso/abuso do crack em geral está ligado às angústias geradas no convívio dentro de casa. A pobreza também surgiu em algumas falas como uma motivação importante para a ida às ruas em busca do crack. É, todavia, vista mais como mais um fator corresponsável:

Eu posso levantar todas as situações que passaram por aqui e todos começam com uma questão no contexto familiar. Não só pela questão da vulnerabilidade da pobreza. (assistente social – SAI)

Existe uma história muito dolorosa. Praticamente todos os meninos que aqui estão possuem uma história muito sofrida de vida com família, violência doméstica, abandono, negligência, abuso sexual. Você tem um histórico muito dramático e muita dor. Eu acredito que a busca da droga seja uma forma de alívio dessa dor, desse

sofrimento. A criança vai e usa recreativamente e tenta uma saída para essa situação de abandono, de sofrimento e infelizmente acaba se deparando com uma substância altamente dependente, muito devastadora e que debilita em pouco tempo. (psicólogo – SAI)

Suárez e Galera (2004) afirmam que os problemas relacionados ao uso de drogas têm suas raízes em relações complexas da humanidade, e nesse cenário destaca-se a família, instituição em constante transformação, por seu papel preponderante na conservação e transformação de hábitos, costumes e comportamentos entre gerações.

A ida para a rua, com subsequente envolvimento infracional e exploração comercial e sexual, bem como a ausência do Estado, são também associados às causas do uso de crack.

Eu vejo muita conexão [do uso do crack] com a ida para as ruas. (...) A população infantojuvenil e adulta que está nas ruas hoje na cidade do Rio de Janeiro, ela é diferente por regiões. Na minha área, as meninas iam com uma caixinha de bala no sinal. Quando existe uma menina se oferecendo é porque tem explorador. (...) Eu tenho inúmeros casos de destituição onde a família não via na criança uma fonte de responsabilidade, de carinho, mas via fonte de renda mesmo. Tem as questões de abuso, meninos que vão para a rua porque sofrem alguma coisa dentro de casa, mas não necessariamente são abusados ou são agredidos, porque cada caso é um caso. Mas eu associo muito à questão da banalização da ida pra rua, porque ele começa complementando a renda. Ele não começa usando droga. Ele começa ali com a mãe no sinal e vai crescendo, e daqui a pouco ele coloca o braço pra trás e finge que é deficiente e daqui a pouco ele, enfim, ato infracional. Não associo isso à pobreza. Acho que a pobreza também agrava e é um fator de risco, mas você tem uma grande massa de pessoas aí vulneráveis socialmente e que não levam seus filhos. (promotor público)

O envolvimento de usuários de crack com a criminalidade é fato corriqueiro, sendo observada a prática de pequenos delitos para conseguir dinheiro para obtenção da droga (Silveira & Moreira, 2006).

Um conselheiro tutelar, para explicar o consumo de crack, apresenta o argumento da inevitabilidade da adição: “Experimentou a droga hoje, principalmente o crack, vai se viciar. É o início que não tem retorno, que a família não consegue geralmente controlar, e aí ele acaba indo para as ruas”.

Cabe salientar que essa noção de inevitabilidade não é consenso, já sendo observada a possibilidade do consumo controlado de crack (a longo prazo), a ponto de a droga não direcionar a vida do usuário (German & Sterk, 2002).

As consequências do uso do crack por crianças/adolescentes e/ou familiares relatadas pelos profissionais da assistência social, saúde, Conselho Tutelar e promotoria enfatizam a degradação humana, com autodestruição física e psíquica evidente. O usuário se desinteressa por tudo e perde o rumo do presente, do futuro e da própria vida; abandona os estudos; envolve-se com práticas delituosas, como roubo e furto, e o rompe os vínculos familiares e sociais. Termos que relacionam as consequências do uso a aspectos “desastrosos”, “nefastos”, “falência humana” são comuns.

Consequências físicas e psíquicas, mudanças comportamentais como agressividade, vulnerabilidades pessoais e sociais e estigmas decorrentes do crack são sinalizados pelos profissionais.

Acho que a principal consequência é a ruptura total das relações sociais. Então, o usuário de crack, ele tem uma ruptura por completo da família, do ciclo de amigos. Porque o usuário de crack, até dentro de quem usa crack, ele é segregado. Então, por exemplo, quem usa cocaína, usa maconha, usa outra droga não anda com quem usa crack. O uso de crack – o principal prejuízo que traz pra essa pessoa primeiro é a total exclusão do círculo de amigos, de convívio social, de convívio familiar. Além de ter um prejuízo muito grande, às vezes, no seu julgamento. A compulsão do crack, ela é um pouco mais exacerbada. Então, durante a compulsão, às vezes, o adolescente e a criança podem fazer coisas que normalmente não fariam. (técnico em enfermagem – setor Saúde)

Segundo Kessler e Pechansky (2008), o que mais sensibiliza na expansão do uso de crack é a velocidade da deterioração da vida mental, física e social do usuário. Vários estudos correlacionam o uso de crack à agressividade, especialmente na fase de abstinência. As regiões onde há grande consumo dessa droga costumam apresentar índices mais altos de violência e crimes. Prostituição, tráfico de drogas e o cometimento de atos infracionais são apontados pelos profissionais como práticas sustentar o vício.

As próprias crianças e adolescentes se inviabilizam dentro de suas comunidades; se envolvem com a questão do tráfico, do furto, enfim, com alguma prática delituosa dentro da comunidade e fica jurada de morte porque começa a roubar, começa a fazer um monte de coisas

pra poder adquirir a droga. A criança que está envolvida com a droga vai se colocando num emaranhado de outras situações que vai colocando ela cada vez mais em risco. (...) As meninas, ao contrário dos meninos adolescentes, quando elas estão muito envolvidas nas drogas, com certeza estão muito envolvidas na questão da exploração sexual, porque há uma relação de dependência. Eu não sei se ela se envolve pra ter um ganho e fazer o uso de drogas, ou se faz o uso da droga pra sustentar a manutenção da exploração sexual. É complexo. (coordenador da CR)

As consequências oriundas do uso de crack pelos familiares, especialmente as mães das crianças e adolescentes, também são apontadas pelos profissionais entrevistados.

Quanto à família, o crack tem essa característica da queda rápida, do dano à saúde e da compulsão muito séria. Então esses adultos não conseguem exercer a maternidade minimamente responsável. Se a pessoa está usando muito crack, ela não vai conseguir, mesmo que ela queira, ela não vai conseguir proteger aquela criança. Tem casos do disque 100, por exemplo, que as crianças estão sozinhas em casa há três dias. Tem uma criança de 9 anos responsável por uns dois ou três lá e quando vai checar é isso mesmo. Cadê essa mãe? Ela é usuária de crack e está lá em Santa Cruz usando. Como acessar essa mãe? (promotor público)

A VISÃO DOS ADOLESCENTES, DOS FAMILIARES E DOS PROFISSIONAIS SOBRE O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Indagados se faziam ou se fizeram uso de algum serviço e quais os principais motivos que os levaram a procurar atendimento, ou a ser encaminhados por causa de problemas de ordem física ou mental, seis adolescentes entrevistados relatam tratamento ambulatorial nos Caps ad ou Caps i, para onde foram encaminhados pelos SAIs em que estavam acolhidos. Segundo informações fornecidas por um profissional da área de saúde mental, alguns Caps i no município do Rio de Janeiro atendem adolescentes usuários de crack por falta de Caps ad em número suficiente para dar conta da demanda. Apenas um entrevistado menciona que fazia o tratamento de saúde num Caps próximo à sua casa antes de ser acolhido, não relatando no momento nenhum tratamento médico no SAI especializado em que se encontra. As respostas quanto ao tempo em que frequentaram os Caps

oscilaram entre pouco tempo, cinco ou seis meses, com várias interrupções nesse período e dois ou três anos. Dois entrevistados comentam que não realizam nenhum tratamento de saúde, embora, curiosamente, estejam acolhidos justamente em um SAI especializado.

Um adolescente detalha sua saga para conseguir um acolhimento especializado com a esperança de se tratar do uso abusivo da droga, sem sucesso, mantendo um ciclo de entrada na central de triagem, evasão, retorno ao crack e atos infracionais.

A gente pede clínica a eles e eles não arrumam pra nós. Pula e volta pro crack de novo, pro roubo. – Pesquisadora: Quantas vezes você já veio parar aqui? – Quatro vezes com essa. E essas quatro vezes eu pedi, e eles nunca arrumaram nada pra mim (...). Tento tratamento, mas até agora nada. (Luís – CR)

Uma adolescente relata que seu único contato com serviço de saúde foi com um hospital de emergência, onde permaneceu por pouco tempo. Foi socorrida por pessoas da cracolândia.

Eu dei um ataque, overdose por causa da droga, porque eu fiquei usando direto. (...) Não me lembro como eu fui parar no hospital... eu já acordei no hospital; quando eu puxei [fumou crack], passei mal. Eu não me lembrava onde eu estava. E depois, quando eu acordei, eu acordei no hospital cheia de aparelho, cheia de médico, cheia de bagulho assim, médico me vendo. Tirei os aparelhos e fugi do hospital. (Ildes – CR)

A fragilidade dos serviços de saúde para atendimento aos usuários de crack nos mais diversos níveis, como Caps, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência e hospitais (quando necessários), se evidencia claramente na cidade do Rio de Janeiro. Esse quadro contribui para que uma parcela da população apoie o recolhimento compulsório e demande internação em hospitais psiquiátricos, mesmo sem respaldo médico.

Um adolescente internado por três meses em SAI especializado para tratamento do crack, conveniado com a SMDS na Zona Oeste (que posteriormente foi fechado por irregularidades no atendimento), queixou-se de ficar isolado sem convivência com o mundo externo. “Porque lá é muito ruim! Lá dentro, eles nos deixam presos (...). Preso, porque lá tem piscina, tem campo de futebol, então deixa a gente lá preso... Ficamos presos dentro de casa, com televisão... Mas piscina, essa área de lazer eu não tive” (Diógenes – CR).

O Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Cedeca) confirma que os SAIs do município são precários em recursos físicos, humanos e materiais e que os profissionais não recebem capacitação e supervisão para lidar com os problemas dos acolhidos (Cedeca, 2011). De acordo com o Plano de Convivência Familiar e Comunitário, o Estado deve oferecer serviços adequados e suficientes à prevenção e superação das situações de violação de direitos, sobretudo propiciando o fortalecimento dos vínculos familiares e sociocomunitários (Brasil, 2006).

Outro entrevistado relata ter feito tratamento odontológico por causa da quebra de um dente em decorrência do consumo de crack, e três adolescentes afirmam que não frequentam nenhum serviço de saúde, mesmo estando em SAIs especializados ou na Central de Recepção. A maioria faz algum tratamento nos referidos equipamentos de saúde mental (entre cinco meses e três anos). A falta de adesão do adolescente ao tratamento proposto pelo serviço de saúde foi apontada por um jovem: “Eu tinha muita dificuldade quando eu não queria ficar, quando eu não queria permanecer, porque aí o pessoal começava a me deixar de lado; eu não queria nada com nada” (Geraldo – SAI).

A chegada dos adolescentes aos serviços das áreas de assistência social e de saúde deve-se, em geral, a suas famílias, especialmente às mães. Profissionais de saúde mental dos Caps realizaram alguns encaminhamentos de adolescentes para SAIs. Um adolescente relata que foi encaminhado para SAI especializado pela Central de Recepção, e três chegaram aos serviços via recolhimento compulsório quando estavam na rua.

Questionados se gostariam de receber atendimento em algum outro serviço e qual seria, seis entrevistados dizem que desejariam ser acolhidos em outro SAI, expressando insatisfação no local em que estavam (dois desses em SAI especializado). Vários foram os motivos dessa insatisfação, entre eles, o receio de agressão física por parte dos profissionais de serviços especializados e conveniados com a SMDS situados na Zona Oeste (hoje fechados), o desejo de outro local em que pudessem efetivamente ser ajudados a se libertarem da dependência do crack.

Assim, qualquer um [SAI] que pudesse me ajudar a parar de usar o crack. Qualquer lugar aí. (...) Eu queria ficar aqui, mas se tivesse outro [local] que fosse mais calmo, que tivesse mais tranquilidade. (Marcelo – SAI especializado)

Eu não quero voltar pra lá. Lá é muito ruim, lá, os educadores batem. Lá se faz alguma coisa, eles botam num quarto, num banheiro escuro, fica dois dias sem comer, quase um castigo. Mas, se me encaminhasse para um abrigo aberto, que não tenha muro alto eu fico (...). Muro assim muito alto, lugar fechado, eu não quero ficar, eu quero ficar num normal! (Ilde – CR)

Os demais adolescentes estão satisfeitos com as unidades em que se encontram e não manifestam o desejo de nenhum outro local: “Eu não tenho nada a reclamar. É uma casa boa” (Alex – SAI especializado); “eu que tive essa escolha de vir para cá” (Luís – SAI especializado).

Indagados sobre o que consideram importante num serviço de atendimento para usuários de crack, os adolescentes se referiram a: diálogo, estudo, trabalho, curso de informática, médicos e enfermeiros, pessoas da equipe técnica para conversar e remédios para ajudar a esquecer a droga.

Em relação à avaliação dos atendimentos recebidos, a maioria dos adolescentes considera positivo o atendimento em SAI, em Caps ad e em Caps i.

Bom. Ainda mais a minha psicóloga, ela é super legal comigo! A gente senta, conversa, fala como foi o meu dia aqui. Porque ela quem me encaminhou pra cá, entendeu!? Porque eu cheguei lá e pedi encaminhamento pra cá. Por minha própria vontade. Eu cheguei lá e falei assim: “Oh! Eu não me aguento mais, eu estou usando droga, não quero mais usar droga. Eu quero me internar, se eu continuar eu vou morrer”. (Alex – SAI especializado)

Foi o melhor que eu já tive! É o melhor que eu já passei. (Geraldo – SAI)

Ah! Pra mim é bom, porque eu converso, eles querem me ajudar, pra mim é bom. (Ilde – CR)

Contrapondo-se a essa visão positiva, alguns entrevistados reclamam do atendimento, sobretudo de que não são escutados e que os profissionais dão o rumo que querem para a vida deles. Vale apontar que a maioria dos entrevistados (sete) já esteve em outros SAIs, indicando a recorrente institucionalização existente e as muitas impressões causadas pelas diversas passagens nos serviços.

Um absurdo. Eles podem dar um telefonema pro juiz, o juiz manda a carta e manda nós irmos [para um SAI especializado]. Mas eles não querem fazer isso. Eles querem mais é que a gente quebre isso daqui, pra nos mandar pra delegacia. Eles deixam a gente irritado. Aí chamam a delegacia e nos levam pra DPCA [Delegacia de

Proteção à Criança e Adolescente] e pro Padre Severino [instituição socioeducativa], mais nada! (Luís – CR)

Acho ruim [Caps ad]. Lá as pessoas não sabem tratar com os outros, só sabem gritar com os outros. (Marcelo – SAI especializado)

Observou-se no momento da coleta de dados a expectativa dos jovens em relação ao serviço e ao que seria feito deles nos locais para onde seriam encaminhados. Alguns dizem que gostariam de ir para determinados SAIs especializados e ficar lá por uns seis ou oito meses até que conseguissem se livrar do vício. Outros comentam que não queriam ser encaminhados para SAIs especializados, porque já haviam sido acolhidos em outro momento nesse tipo de serviço (SAIs na Zona Oeste) e não tinham gostado do tratamento recebido.

Percebeu-se a angústia de alguns adolescentes por não poderem receber visitas na Central de Recepção nem ter contato por telefone com seus familiares. Cabe ressaltar certa diferença entre os entrevistados em Central de Recepção e os demais jovens em SAIs, especializados ou não. Nessa central, há mais recém-chegados das ruas, que manifestam o uso/abuso de crack como algo que os mobiliza muito. Entre os adolescentes acolhidos em SAIs, constata-se certa tranquilidade em suas respostas como se o uso/abuso de crack estivesse quase no passado.

Os sete familiares de crianças e adolescentes usuários de crack entrevistados na abordagem qualitativa foram solicitados também a responder se a família teria obtido algum apoio dos serviços em que seus filhos estavam sendo tratados. Um familiar declarou que passou a receber subvenções sociais como o Bolsa Família e o Cartão Carioca, e os demais não receberam encaminhamento para nenhum serviço socioassistencial, denotando fragilidade na articulação entre os profissionais da rede socioassistencial e os programas sociais governamentais.

Em relação ao que os familiares consideravam importante num serviço de atendimento para uso/abuso do crack, houve uma gama de respostas distintas, destacando-se: 1) a necessidade de equipe multiprofissional para cuidar com carinho e atenção do adolescente e com quem se identifique: “Ele adora vir aqui porque ele adora a assistente social. Ele adora conversar com ela” (mãe – Caps i); 2) a importância de ocupação para os adolescentes, com atividades sociais que os ajudem a se inserir na sociedade: “Essas atividades que eles fazem aqui são super importantes. (...) Aqui eles tratam da dependência da droga e ao mesmo tempo vão reabilitando novamente na sociedade, vão à praia, ao cinema,

a vários lugares, à festa” (pai – SAI especializado); 3) a reinserção nos estudos (com destaque para os cursos profissionalizantes) e a entrada no mercado de trabalho; 4) o apoio psicossocial: “Eu acho que deveriam ter um serviço social e psicólogo, porque eu acho que a pessoa fica bem deprimida!” (tia – SAI); 5) a visitação familiar para os adolescentes na unidade, dando suporte ao processo de recuperação.

Para se compreender melhor a visão dos profissionais da saúde e assistência social, alguns dados sobre a articulação da rede socioassistencial são apresentados, sob a ótica dos gestores de SAIs.

Conforme visto anteriormente na Tabela 1, nove entre os 21 SAIs visitados (42,9%) relatam que têm crianças, adolescentes ou seus responsáveis com problemas com o crack, assim discriminados: três com adolescentes usuários; cinco com responsáveis usuários com filhos pequenos e quatro com responsáveis usuários com filhos adolescentes em acolhimento institucional. Sobre esses nove serviços, apresentamos a seguir como seus gestores veem a articulação institucional e as atividades realizadas com os programas ou instituições presentes no município que visam a apoiar o atendimento aos acolhidos com problemas decorrentes do uso de crack.

O Conselho Tutelar é a instituição da qual os SAIs mais sabem a localização e com a qual trocam mais informações (mais de 80% do total de serviços). Reuniões periódicas e encaminhamentos são menos frequentes (entre 54 e 64%). Em situação similar, quanto à troca de informações, estão o Poder Judiciário, Ministério Público, órgãos da assistência social e Caps. No que se refere às reuniões periódicas e encaminhamentos, os órgãos com menor proximidade dos SAIs são a defensoria pública (36% a 45% dos SAI), escolas (45% a 54%) e os serviços de saúde mental (36% a 54%).

Em apenas três SAIs há adolescentes usuários. Dois desses serviços relatam oferecer-lhes atendimento médico, psicológico e psiquiátrico, tratamento para dependência química, orientação sexual, assistência jurídica e atividades religiosas. Apenas um SAI informa realizar a inserção dos adolescentes em programas de trabalho protegido, promover atividades esportivas e culturais, atender as dificuldades de aprendizagem e oferecer atendimento especializado às pessoas com deficiência.

Em relação à atuação dos três SAIs com as famílias dos usuários, ressalta-se que uma das unidades não oferece qualquer serviço para elas. Os outros dois referem acompanhamento social para os familiares, tratamento de dependência

química, inserção em programas de proteção à família e assistência jurídica. Atendimento psicológico/psiquiátrico, orientação para planejamento familiar, encaminhamento para programas de profissionalização e apoio financeiro são mencionados por apenas um dentre os três serviços.

Nas falas dos dois profissionais de saúde entrevistados individualmente, percebe-se com mais detalhes a organização dos serviços. Num deles, uma profissional assume quase integralmente o cuidado dos adolescentes usuários de crack.

Quem está à frente do trabalho com os adolescentes sou eu. Seja articulação com a saúde, com a assistência, com a justiça, com a educação (...). Outro dia eu estava precisando de contato com o menor aprendiz, então eu recorri à nossa assistente social, porque ela tem conhecimento de como funciona a rede, como funcionam os trâmites de justiça; outras vezes chamo para dar suporte para os pais. (...) Na relação direta com o adolescente e na articulação com a rede eu estou fazendo. Acho prudente que outro profissional possa fazer o cuidado mais fino com a família. O que eu chamo de cuidado mais fino? Atendimentos periódicos. Porque é claro que a escuta à família eu estou sempre fazendo. Se a família chega aqui com o filho e quer conversar comigo sobre uma coisa que aconteceu, eu vou ouvir naturalmente. Mas às vezes é necessário ter atendimento periódico com aquela mãe e com aquele pai: semanal ou quinzenal. Eu tenho esses outros profissionais. Tenho uma assistente social no Caps que pode fazer isso, tem terapeuta ocupacional que faz isso e tem vários psicólogos que fazem isso. (técnico em educação – setor Saúde)

Nota-se a precariedade do trabalho multidisciplinar nesse equipamento de saúde mental, centralizado na figura de técnico originalmente da área da educação. Alguns adolescentes, têm pouco acesso aos recursos existentes na unidade, como técnico de enfermagem, enfermeiro, assistente social e psiquiatra.

Os adolescentes algumas vezes precisam ser medicados. É muito raro eu avaliar a necessidade de medicar um adolescente. (...) Quando eu fico em dúvida, eu peço para o psiquiatra avaliar. Aí a psiquiatra vai poder dizer se sim ou não. Eu evito bastante o recurso da medicação. Eu tento sempre por outras vias. (técnico em educação – setor Saúde)

Na composição da equipe do outro serviço de saúde cujo profissional foi entrevistado, há a presença de psicólogos, enfermeiros, técnico em enfermagem, terapeuta artístico, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, médicos clínico e

psiquiatra, além da equipe administrativa. Já no Consultório na Rua a equipe também é multiprofissional, contando não só com os profissionais de assistência social, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, mas também com técnicos em curativos e observadores de rua que fazem o trabalho direto de identificar os casos e criar a demanda espontânea. Percebe-se nesse serviço um movimento em direção ao atendimento multidisciplinar.

Foram mencionados, como unidades que fazem atendimento à população infantojuvenil usuária de crack, os Consultórios na Rua, postos de saúde, Posto de Assistência Médica (PAM), hospitais gerais, de emergência e clínicas da família.

Na fala dos profissionais da assistência social, o atendimento a crianças/adolescentes usuários de crack mostra-se intrinsecamente atrelado à necessidade de parceria na saúde municipal, com referências claras aos serviços de saúde mental.

Os Caps têm sido os nossos parceiros para o atendimento a esses adolescentes. Para além dos Caps, a gente utiliza muito também o Hospital Pinel nos momentos de crise e o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que tem o núcleo de atendimento para crianças e adolescentes. Lá também é um Caps. Então tem também um atendimento psicoterápico e é uma referência para esse núcleo que faz o atendimento psicoterápico e é acompanhado pela psicóloga e psiquiatra. (assistente social – SAI)

Entretanto, uma queixa recorrente é que nem sempre a interlocução com a rede é eficaz. A referência e a contrarreferência dos atendimentos prestados muitas vezes são falhas. Na visão de uma assistente social em SAI, se essa referência e contrarreferência já são difíceis entre os profissionais, os usuários terão ainda mais dificuldade, porque em geral são pessoas humildes e que demandam que suas necessidades sejam atendidas com urgência e desenvoltura.

Eu percebo é que esse atendimento é um atendimento pontual, eu não vejo um avanço, uma proposta eficaz, mais profunda de atendimento a esse público. Muitas vezes são casos até mesmo de internação, nós temos dificuldades de encaminhar para uma internação. Você tentar fazer uma parceria e não tem vaga (...) em clínicas, mas na ocasião eu não tive esse retorno por falta de vagas. Normalmente essas famílias não pedem internação, quando pedem, a gente esbarra com essas dificuldades. Então o trabalho não flui, a gente não consegue dar uma continuidade. (assistente social – SAI)

Ao se falar do atendimento existente, sobressai novamente a preocupação com a capacitação das equipes que lidam com esta temática.

Falta ainda uma capacitação quanto ao usuário de crack. As pessoas ficam muito perdidas ainda, e nós também. Falta capacitação, da própria saúde e da rede assistencial, as pessoas não sabem muito ainda o que é e como lidar com esse menino e com essa família que, na verdade, é completamente fragmentada. (assistente de direção – SAI)

A falta de médico na equipe dos serviços que funcionam como Centrais de Recepção é um problema que deveria ser considerado de máxima relevância para um atendimento mais efetivo e eficaz à população infantojuvenil usuária de crack.

Uma criança que está num numa crise de abstinência na qual a gente não consegue fazer o controle, a gente leva lá [Caps/UFRJ]. Mas já tivemos situações extremas onde a gente não consegue fazer o controle, e aí a gente acaba tendo que chamar o Samu para ajudar nessa condução, porque na minha equipe eu até tenho uma enfermeira, mas ela não é autorizada a dar nenhum tipo de medicação, então eu sempre aciono o Samu. (coordenador – CR)

A falta de divulgação pública dos dados quantitativos e qualitativos do recolhimento compulsório realizado pelo município é mencionada por um promotor público. Se realizada a contento, essa divulgação permitiria conhecer melhor o atendimento prestado e fortalecer as práticas profissionais e os cuidados oferecidos.

Já a SMDS avalia o atendimento nesta rede como embrionário, embora considere primordiais para o bom atendimento o olhar personalizado para cada caso e o empenho de cada profissional. A atuação intersetorial é reiterada:

Eu acho que ainda falta muito para as duas secretarias [Saúde e Desenvolvimento Social] aprenderem a lidar com esta situação do crack. A tendência é que a gente trabalhe cada um no seu espaço. Eu acho que são espaços de troca, de articulação. Tem que ter um movimento, uma busca disso. (coordenador – SAI)

REDE SOCIOASSISTENCIAL: PAPEL INSTITUCIONAL, DESAFIOS, POTENCIALIDADES E FLUXO DE ATENDIMENTO

Há semelhanças na visão ideal dos profissionais entrevistados nos SAIs, SMDS, Conselhos Tutelares, Ministério Público e setor Saúde, no que se refere à relevância do trabalho em parceria. A atuação da saúde (o atendimento clínico, especialmente em saúde mental) é destacada unisonamente pelos entrevistados das variadas áreas, por ser considerada a responsável pelo processo de atendimento e tratamento das crianças recolhidas das ruas e cracolândias do município em virtude do uso/abuso do crack.

Para a Central de Recepção, que atende diferentes perfis de crianças e adolescentes como usuários de crack, vítimas de violência familiar, abuso sexual e abandono, o papel do primeiro acolhimento requer ações como alimentação e higienização, para depois dar seguimento a um trabalho de escuta.

A gente tenta fazer a identificação da criança, porque dependendo por qual órgão ela chega, da forma como ela foi abordada, do nível de comprometimento dela, ela não tem condição de dar informações sobre a vida dela. Ou pode ocorrer também dela já ter um histórico de entrada na unidade, e aí a gente já tem alguma informação sobre a criança. (coordenador – CR)

O Conselho Tutelar detém o importante papel de acionar a rede de serviços, além de ser fundamental para a proteção e a garantia dos direitos.

Cada caso é um caso. A família recebe benefícios? Essa família está tendo todo um acompanhamento e uma assistência? Ou, essa família não está tendo? Nós vamos envolver o Creas, o Cras, todos os órgãos da Prefeitura pra dar todo o tipo de assistência e acompanhamento à família. Recuperar essa família. Ao mesmo tempo você trabalha a criança e o adolescente. Os outros filhos estão na escola? Aí você já começa a fazer um trabalho preventivo com as outras crianças e adolescentes. Tem a questão de habitação, você envolve a Secretaria de Habitação, você envolve a Secretaria de Assistência, você envolve a Secretaria de Saúde. E aí você trabalha em rede em cada caso, você vai envolvendo todos esses setores. (conselheiro tutelar)

Já o promotor destaca que o município vem atuando em rede na medida em que executa a política de recolhimento compulsório, mas o papel do Ministério Público continua sendo o de fiscalização desse trabalho. O promotor acredita que, em vez de digladiar com a assistência social, a saúde mental deve atuar em

conjunto e investir em equipamentos de atendimento à população, encontrando saídas viáveis para a melhoria do atendimento aos usuários de crack. Mas as fragilidades do município são imensas.

A gente concorda com a política [recolhimento compulsório] em tese. Mas, o nosso desafio é fiscalizar como ele [município] vem executando essa política. Como está a Central de Recepção? Como está a operação de abordagem? Como está o serviço de acolhimento? Um problema é a falta de sistematização dos dados e avaliação do trabalho. Como o município vem enfrentando o que tem de bom e o que tem de ruim? O que tem de bom é sair da zona de conforto, tanto o Ministério Público quanto o município, que entende que não se pode permitir essa situação da criança em risco na rua usando droga. É sair da zona de conforto porque o mais simples é deixar sempre tudo como está. É você jogar a culpa na falta de política. O difícil é adotar uma postura muito clara e transparente de que tem que se fazer alguma coisa. Mas tem que se fazer bem feito. Nesse sentido, eu acho que o grande problema hoje no Rio de Janeiro é que a saúde do município, a meu ver, não acompanhou o foco do problema que a assistência social revelou. A área da assistência social tem inúmeros problemas. Está longe da perfeição. A gente tem aí mil procedimentos instaurados, fiscalizações, reuniões muito difíceis com gestor da assistência social, no sentido de cobrar a adequação. A saúde não acompanhou, e não foi criado nenhum equipamento para saúde mental de criança e adolescente nos últimos anos. (promotor público)

O acolhimento institucional de crianças e adolescentes usuários de crack é visto como medida de proteção por profissionais que atuam na saúde.

Uma justificativa que é coerente [recolhimento compulsório]. A justificativa em si não é um erro. Ninguém pode dizer que existe um equívoco em você dizer que você tem que proteger e cuidar das crianças. É assim que está escrito na lei. Nós devemos realmente proteger e cuidar dos adolescentes e das crianças. Eles, legitimamente falando, em termos legais, eles não têm condições de fazer essas escolhas ainda, plenamente, sozinhos. Então, eles devem ser cuidados e o Estado tem que fazer esse papel. (técnica em educação – setor Saúde)

O promotor enfatiza o papel de fiscalização, acompanhamento institucional caso a caso, contando com a retaguarda de equipe multiprofissional. Segundo esse profissional, a dificuldade em trabalhar em rede é um constante desafio, tendo em vista a falta de clareza do papel que cada profissional tem de sua

própria atuação e da do outro. Não há muito diálogo entre as partes, e são poucos os esforços para compreender a filosofia do atendimento do colega. O recolhimento compulsório é defendido por esse promotor como um trabalho voltado para a proteção infantojuvenil, e o trabalho em rede é reconhecido como um labor a ser realizado a longo prazo e com critérios.

O papel de fiscalização e acompanhamento dos serviços oferecidos para as crianças e adolescentes usuários de crack ficou destacado na fala dos profissionais dos SAIs, Ministério Público, Vara da Infância e Juventude e SMDS. Esparsamente, foram mencionados a vigilância sanitária, os variados conselhos (incluindo o tutelar, que teria um papel importante nesta ação) e a Defensoria Pública.

A fiscalização periódica é pra ver a questão das guias, se os meninos estão com a documentação em dia, como é que está sendo o atendimento, a organização de prontuários, fiscalização no geral, no aspecto físico também da unidade. (assistente de direção – SAI)

A SMDS ressalta os conselhos de assistentes sociais e dos direitos da criança e do adolescente e a própria equipe da SMAS como condutores do papel de fiscalizar e acompanhar os SAIs que acolhem crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas, especialmente os conveniados (não governamentais) que têm um contrato com o município e os especializados.

Observa-se que é unânime a referência ao Ministério Público, quando se fala em fiscalização dos serviços, na descrição de todos os entrevistados da área de assistência social. A atuação desse órgão foi percebida também durante a pesquisa, em uma visita, ocorrida sem agendamento, de uma promotora a um SAI, no mesmo dia em que a coleta de dados fora marcada.

Não se observa destaque ao papel de fiscalização dos serviços na fala do conselheiro tutelar entrevistado, talvez pela grande demanda do dia a dia, do pequeno número de Conselhos Tutelares na cidade (dez no momento da pesquisa) ou pelo possível desconhecimento dessa atribuição. O promotor, por sua vez, comenta a importância que o Ministério Público atribui à questão e critica o Conselho Tutelar por não exercer a função de fiscalizar e acompanhar os SAIs.

Nós temos que mandar os relatórios para a nossa Corregedoria semestralmente e isso é enviado para alimentar o sistema do Conselho Nacional do Ministério Público. As equipes técnicas das Varas vão até essas instituições não só para fiscalizar, mas também para discutir os

casos, sobretudo antes das audiências de reavaliação. O Conselho Tutelar é que faz pouco porque, por lei, ele tem atribuição para fiscalizar as instituições, mas ele não tem esse hábito. (promotor)

Na área da saúde, a questão da fiscalização foi mencionada por um único profissional que demonstrou visão precisa das demandas que chegam ao local onde trabalha:

A gente tem a fiscalização da CAP [Coordenadoria de Área Programática] do próprio município. Então, é assim a nossa fiscalização, do próprio município através dessa CAP. A CAP é fiscalizada pela Secretaria Municipal de Saúde, e esta pelo Estado... Mas, a fiscalização também é feita através das ouvidorias e de serviços do próprio município. (técnico de enfermagem – setor Saúde)

Indagados sobre os desafios para o atendimento às crianças e adolescentes usuários de crack, os profissionais entrevistados preocupam-se, de forma geral, com a capacitação da equipe multiprofissional, com a necessidade de promover políticas públicas eficazes e com uma parceria mais efetiva entre saúde e assistência social.

Muitas vezes você não tem o retorno. Acredita que fazendo aquele encaminhamento (...) que aquela unidade vai acolher o usuário, vai acolher essas famílias. E às vezes a gente esbarra em uma série de questões burocráticas. Muitas vezes eu tenho casos aqui de famílias que estão com sérios problemas de habitação. Você encaminha pra Prefeitura, para os órgãos, programas habitacionais, e você não tem esse retorno. Você esbarra com “hoje não dá”, você volta daí a um mês. Você imagina, eu hoje, enquanto profissional, eu esbarro nessas barreiras. Você imagina eles, que não têm nível de escolaridade, que têm dificuldade muitas vezes de se expressar, de chegar nos lugares, dificuldade financeira pra pegar uma condução e, quando chegam nos lugares, não encontram essas portas abertas. (assistente social – SAI)

Para um coordenador da Central de Recepção, os desafios são muito complexos e giram em torno da demanda ser maior do que a oferta.

A gente precisaria ampliar essa rede de serviços. (...) A gente tem cinco unidades de referência. A demanda que a gente tem é muito maior do que isso, sem contar os casos que vêm encaminhados via determinação judicial de outros municípios, então assim, eu acho que a gente ainda falta avançar na ampliação dos serviços. (coordenador – CR)

O supervisor técnico da SMDS, por sua vez, destaca a dificuldade de trabalhar com a família para a reconstrução dos laços esgarçados, propiciar o retorno da criança e do adolescente ao lar e, em caso de rupturas definitivas desses vínculos, valorizar a perspectiva de reinserção por meio de políticas públicas firmes.

Os profissionais da saúde foram unânimes ao citarem a adesão ao tratamento como o grande desafio. Também consideram difícil o trabalho conjunto e o diálogo entre os profissionais:

O desafio é exatamente a gente poder falar uma linguagem parecida. Embora a gente venha de áreas diferentes e aí tenha, às vezes, maneira de pensar sobre a coisa diferente. Mas que a gente possa ter diálogo embora a gente venha dessas formações diferenciadas. (técnica em educação – setor Saúde)

A ampliação da rede de saúde mental, assim como a reinserção familiar, também foram vistas como questões desafiadoras: “Já tivemos aqui pacientes que disseram que já nasceram na rua” (agente comunitário de saúde – Consultório na Rua).

Na perspectiva de um conselheiro tutelar, alguns desafios são: acompanhar os deslocamentos que as crianças e adolescentes fazem entre os territórios, assim como dotar a rede de equipes multiprofissionais capacitadas e proporcionar um acompanhamento clínico amigável até que se tenha certeza da recuperação dessa população.

O promotor público entrevistado aponta diversos desafios para o atendimento à criança e ao adolescente usuária de crack:

São inúmeros, são inúmeros. Forçar a intersetorialidade é o primeiro. Ou seja, ser um agente facilitador porque o Ministério Público tem como ser um maestro forçando, buscando, marcando reuniões, colocando essas pessoas para conversar e exigindo planos intersetoriais de atendimento. (...) Resumindo: fomento da efetiva implementação das políticas públicas já postas e fomento da intersetorialidade no cuidado porque é isso que envolve tudo. Fiscalizar os abrigos, propor as ações civis públicas, recomendações, forçar adequação dos serviços e dos abrigos e se capacitar também para buscar conhecer os outros. (promotor)

Percebe-se uma dissonância entre as falas do conselheiro e do promotor no que se refere à avaliação da rede. O primeiro expressa com otimismo o

fato de ocorrerem no município reuniões mensais de estudo de caso, em que profissionais de diversas entidades discutem os problemas dos adolescentes em vulnerabilidade social, enquanto o Ministério Público traz em seu discurso a necessidade de mais alinhamento da saúde e da assistência social como condição sine qua non para uma melhoria na condução do atendimento a esta clientela.

Houve consenso entre a assistência social, promotoria pública e Conselho Tutelar, em relação às potencialidades existentes no município para a assistência à população infantojuvenil envolvida com o uso de crack, ao recolhimento compulsório como medida de proteção e forma potencial de atendimento. Um dos profissionais da saúde destaca a necessidade de se exigir o parecer de um profissional da área para o encaminhamento de crianças e adolescentes recolhidos nas ruas e cracolândias da cidade para os SAIs.

O recolhimento compulsório foi destacado por três entrevistados da área de assistência social como uma iniciativa de suma importância para a sociedade, que precisa oferecer um atendimento de qualidade com investimentos públicos.

Eu acho que o município se lançou. Por quê? Porque tinha mesmo que se lançar. O fenômeno foi crescendo e foi preciso fazer alguma coisa. Provocou diálogo e eu acho que a controvérsia dessa discussão [recolhimento compulsório] acabou provocando muito diálogo entre os órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos. A minha avaliação é que precisa ter mais investimentos ainda. A gente tem que ter mais unidades para oferecer um acolhimento de qualidade para essas crianças e adolescentes. O município deu o pontapé inicial, mas ainda tem que ter investimento público para dar conta dessa situação, porque ela é gritante. (...) Os órgãos de defesa, Ministério Público, a Vara, o Ministério da Justiça, que têm um olhar voltado para a questão dos direitos humanos, têm que compor na oferta desse serviço. O próprio MDS [Ministério de Desenvolvimento Social]... fundamentar formas de liberar recursos nessa composição de atendimento a esse público. (coordenador de SAI)

Outro profissional da assistência social considera que esse tipo de medida traduz uma preocupação com a segurança do país, já que a difusão das drogas configura-se como um problema nacional e não somente municipal. As autoridades deveriam cuidar mais das fronteiras para evitar que drogas entrem no país, e não fazer vista grossa quanto à entrada e à circulação delas. Foi também apontada a contradição entre a realidade de famílias que vivem no coração do município em extrema pobreza e a concentração das autoridades nos

eventos da Copa do Mundo e Olimpíadas: “Quer dizer, você chega lá em cima da comunidade e você se depara com a situação de uma família e você olha o Maracanã em obra, é uma contradição muito grande” (assistente social – SAI).

O empoderamento das famílias, no que se refere à empregabilidade, também foi indicado como forma de potencializar o atendimento. Investimento público em SAI especializado é outro aspecto mencionado.

A própria secretaria [SMDS] que eu trabalho criou essa questão dos abrigos especializados. É muito novo, acho que eles causam muita polêmica. Na minha opinião não é um lugar pra você isolar um garoto porque ele é usuário de crack. Eu acho que ele tem que estar inserido, fazer ele tentar estudar e ver qual seria a melhor metodologia. Estabelecer um trabalho de convivência comunitária urgente. (coordenador – SAI)

Um profissional da área da saúde ressalta a potencialidade dos trabalhos realizados pelos Caps, dos investimentos em Caps ad, dos fóruns de discussão e da aproximação entre os Caps i e os Caps ad. Um agente comunitário de saúde ratifica a melhoria no diálogo com a saúde: “A saúde vem dando um maior suporte para os usuários de crack, antes era só um trabalho da assistência social, mas hoje já vemos que a saúde vem ampliando o atendimento, possibilitando vagas nos hospitais públicos” (Consultório na Rua).

O fluxo de atendimento existente é entendido diferentemente pelos setores da rede. Para os SAIs, as crianças encaminhadas vêm da Vara da Infância e Juventude da comarca da capital, do Ministério Público, do recolhimento compulsório e da Central de Recepção. Espera-se a adaptação do acolhido na unidade para posterior avaliação do caso e encaminhamentos para a rede, especialmente para o Cras, Creas e Conselho Tutelar, e para localização de familiares, com vias ao acompanhamento do caso e reinserção social e familiar. O SAI especializado diz que a maioria de sua demanda vem do recolhimento compulsório. Mas, há situações de demanda espontânea, partindo de adolescentes ou de familiares, que são devidamente encaminhados para o Juizado.

Na Central de Recepção, o fluxo de atendimento se dá de forma variada. Diversos atores da rede encaminham as crianças/adolescentes para esse serviço, incluindo-se aqueles provenientes do recolhimento compulsório, das abordagens de rua e da demanda espontânea. Quando a própria criança ou adolescente busca ajuda na Central de Recepção, realiza-se encaminhamento

para o Conselho Tutelar, objetivando a ciência do caso e o desenvolvimento dos trâmites legais, em especial na localização das famílias e territórios de origem da criança/adolescente. Procura-se, no curto espaço de tempo em que a criança ou adolescente fica na Central de Recepção, em tese, fazer com que cada um passe por uma avaliação clínica na rede de saúde. Tal aspecto deve ser relativizado em virtude da fragilidade da composição de equipe de saúde nesse local.

O fluxo da área da assistência social é muito objetivo nos casos que demandam acolhimento especializado, passando pelas centrais de triagem e recepção, pelo encaminhamento aos Caps e pela elaboração de guia de acolhimento para dar entrada em SAI especializado.

Já o Conselho Tutelar relata que as famílias pedem diretamente ajuda para os filhos usuários de crack. Quando necessário, o órgão solicita avaliação do Caps ad ou Caps i e acolhimento em SAI especializado. Há um trabalho em conjunto com os SAIs na busca por familiares de crianças e adolescentes.

O Ministério Público menciona que o fluxo de atendimento se dá pelo recolhimento compulsório; pela triagem das Centrais de Recepção, que deveria estar embasada em avaliação médica e em exames clínicos (que não acontecem); pelos encaminhamentos para SAIs (especializado ou não) e pelo acolhimento próximo ao território de origem da população infantojuvenil, objetivando a aproximação familiar e possível reintegração. Destaca a parceria entre a SMDS e Secretaria Municipal de Educação no desenvolvimento do ensino dentro de um SAI especializado para crianças e adolescentes evadidos da rede educacional, preparando-os antes de reingressarem na rede formal de ensino.

Profissionais da área saúde informam sobre o fluxo do atendimento dos casos até chegarem aos serviços. Um técnico relata que recebem pacientes vindos do Conselho Tutelar, rede de ensino, justiça e por demanda espontânea. Na saúde, primeiro é realizado o atendimento individual e depois em grupo, de acordo com a faixa etária de cada um.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO OFERECIDO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Percebe-se que a rede de saúde carece de equipamentos, profissionais e leitos que deem conta da demanda de crianças e adolescentes usuários de crack, bem como daqueles cujos pais são usuários. Além disso, a área de assistência social deveria ter uma equipe multiprofissional para avaliação e acompanhamento dos

casos, sobretudo nas Centrais de Recepção, com disponibilidade de médico e enfermeiro para as unidades que acolhem os usuários de crack, em especial os SAIs especializados. A atuação das Centrais de Recepção é muito questionada por adolescentes e familiares. Verifica-se ainda a necessidade de um maior número de Caps e de mais dinamismo nos serviços já existentes. A criação de novos serviços previstos para apoiar o tratamento e a prevenção ao uso de crack, apontados no início deste capítulo, é fundamental.

É necessária a articulação entre os profissionais das distintas áreas em prol da população infantojuvenil e suas famílias. Esses profissionais precisam também estar mais atentos para dar suporte aos familiares, não só no nível multiprofissional, realizando atendimentos individuais e em grupo, mas dando também oportunidades de acesso aos benefícios sociais, propiciando-lhes o empoderamento mínimo a que têm direito.

Nota-se a dificuldade de um trabalho mais criterioso para se conseguir efetivamente um acolhimento especializado ou um tratamento de saúde adequado para o enfrentamento do uso abusivo do crack, evitando-se, assim, as diversas entradas e evasões que costumam ocorrer nos SAIs. Também os responsáveis dependentes de crack e outras drogas precisam encontrar atendimento nos serviços públicos, pois a causa do acolhimento de boa parte das crianças/adolescentes é a dependência química por parte dos seus cuidadores.

É, portanto, fundamental que haja investimento público significativo na frágil qualificação dos profissionais que atuam no município, tendo como norte o respeito à subjetividade do indivíduo que necessita ser cuidado, bem como o respeito aos direitos humanos. Para tal, necessita-se agregar conhecimento técnico a respeito das leis, planos, normas e orientações vigentes no país sobre os direitos da criança e do adolescente.

Percebe-se na cidade do Rio de Janeiro que os profissionais pouco interagem entre si, tampouco com os serviços existentes na rede socioassistencial. Tal desconhecimento leva a população infantojuvenil a um desgaste que poderia ser evitado se houvesse mais interlocução entre os mesmos e o oferecimento de um serviço de melhor qualidade.

A dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos dependentes do crack é um dos fatores desafiadores mostrados neste estudo e deveria, portanto, ser visto com mais acuidade por parte dos profissionais da rede. Tal desafio é verificado no cenário nacional e internacional, em virtude das consequências físicas e do estigma social que a droga submete os usuários.

A falta de atenção especial para as crianças acolhidas nos SAIs por conta de uso de crack pelos pais/responsáveis e para aquelas que começam a usar tal substância em fase tão precoce merece cuidado prioritário no município. O destaque dado ao adolescente usuário de crack é importante, mas não pode obscurecer fases anteriores da vida em que a droga está presente e acarreta consequências graves à saúde e à vida em sociedade de crianças, adolescentes e famílias.

Vários adolescentes mencionaram, como aspecto necessário ao atendimento recebido nos serviços, a presença de diálogo, facilitando o bem-estar e o acolhimento efetivo. Essa demanda precisa ser trabalhada nos momentos de capacitação profissional, problematizando o respeito às necessidades e desejos da criança, adolescente ou família em situação de dependência química e a compreensão da capacidade de decisão sob o efeito da droga. Outros aspectos sinalizados pelos adolescentes usuários foram o receio de serem agredidos fisicamente em serviço especializado e a falta de atividades laborais ou profissionalizantes que os ajudem a preencher o tempo e a vencer o vício. Tais problemas são inadmissíveis, necessitando fiscalização dos órgãos públicos competentes e compromisso do governo na transformação dessa realidade.

A recorrente institucionalização dos mesmos adolescentes em SAIs, até mesmo em SAIs especializados, demonstra a fragilidade dos serviços prestados e a falta de acompanhamento do acolhido após a saída da unidade, bem como das suas famílias (inclui-se a rede socioassistencial e de saúde como um todo). A desarticulação da rede tem papel fundamental neste sério problema.

Considerando o quadro apresentado, as principais recomendações para a melhoria dos cuidados oferecidos no município do Rio de Janeiro são: incremento na parceria entre as áreas socioassistencial e saúde, com especial ênfase à saúde mental; referência e contrarreferência do atendimento ágil e mais eficaz; capacitação da equipe que lida com a temática crack/drogas; olhar personalizado para cada caso; otimização nas ações profissionais, de maneira a desburocratizar os atendimentos; disponibilidade de médico nas centrais de recepção e triagem, bem como em SAIs especializados; aumento de equipamentos de saúde mental (Caps ad, Caps ad III e Caps i) e leitos em hospitais públicos (emergência e psiquiátricos); avaliação clínica abrangente da saúde de crianças e adolescentes recolhidos compulsoriamente e encaminhados para os SAIs, especializados ou não; e fiscalização dos SAIs e equipamentos de saúde pelos órgãos competentes, incluindo o Conselho Tutelar.

Para a sociedade em geral, propomos: atividades criativas, lúdicas ou atrativas que despertem a atenção dos adolescentes, evitando o caminho do crack/drogas; políticas públicas de fomento à educação, saúde, trabalho e renda para a população, em especial para os que estão na linha da pobreza; atenção às famílias em vulnerabilidade e risco social, empoderando-as com apoio necessário para suas demandas; e fiscalização e policiamento das fronteiras do país, dificultando a entrada e comercialização de crack.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: Conanda, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Orientações Técnicas: serviços de acolhimento para criança e adolescentes. Brasília: Conanda, 2009.

CARLINI, E. A. et al. Perfil de uso da cocaína no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44: 287-303, 1995.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CEDECA). Em defesa, incondicional, da vida com dignidade, das políticas públicas de “atenção continuada” a crianças e adolescentes em situação de rua, a favor do acolhimento e contra o recolhimento, 8 jul. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/D94BJ>>. Acesso em: 28 maio 2013. (Pronunciamento público do Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – Cedeca Rio de Janeiro).

CRUZ, M. S. et al. Crack: uma abordagem multidisciplinar. In: BRASIL (Org.). *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 3. ed. Brasília: Senad, 2010.

DOWDNEY, L. Crianças Combatentes em Violência Armada Organizada: um estudo de crianças e adolescentes envolvidos nas disputas territoriais das facções de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Iser, Viva Rio, 2002.

ENTIDADES realizam ato contra recolhimento compulsório de menores viciados em crack no Rio. *O Globo*. Rio de Janeiro, 25 jul. 2011. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2011/07/25/entidades-realizam-ato-contrarecolhimento-compulsorio-de-menores-viciados-em-crack-no-rio-924969888.asp#ixzz1ZoUEprDg>>. Acesso em: 1 ago. 2011.

FORSTER, L. M. K.; TANNHAUSER, M. & BARROS, H. M. T. Drug use among street children in southern Brazil. *Drug and Alcohol Dependence*, 43: 57-62, 1996.

FORSTER, L. M. K. et al. Meninos na rua: relação entre abuso de drogas e atividades ilícitas. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – Apal*, 14: 115-120, 1992.

GERMAN, D. & STERK, C. E. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. *Psychoactive Drugs*, 34(4): 383-392, 2002.

HENRIQUES, R. & RAMOS, S. UPPs Social: ações sociais para a consolidação da pacificação. Disponível em: <www.ie.ufrj.br/oldroot/datacenterie/pdfs/seminarios/pesquisa/texto3008.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População Residente por Cor ou Raça e Religião. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultados_amostra/tabela_brasil.shtm>. Acesso em: 5 nov. 2012.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades 2013. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 29 jan. 2013.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Prefeitura adere ao programa “Crack, É Possível Vencer”. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/web/smas/exibconteudo?article-id=2743110>. Acesso em: 26 jul. 2012.

KESSLER, F. & PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30(2): 96-98, 2008.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O. Y. (Orgs.). Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOCELIN, C. E. & MOREIRA, N. S. Adolescentes e o crack: uma relação de dor e sofrimento. In: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, 3, 2010, Santa Maria. Anais... Santa Maria: Unifra, 2010.

NAPPO, S. A. et al. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em Relação às DST/Aids. São Paulo: Cebrid, 2004.

NOTO, A. R. et al. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras – 1997. São Paulo: Cebrid, Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). Rio de Janeiro: carioca landscapes between the mountain and the sea, 2012. Disponível em: <<http://whc.unesco.org/en/list/1100>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

PORTAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS. Recolhimento compulsório de usuários de crack gera polêmica. Saúde, 31 ago. 2011.

PRATTA, E. M. M. & SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psicologia: teoria e pesquisa, 25(2): 203-211, 2009.

SADECK, F. et al. De Olho no Orçamento Criança? Atuando para priorizar a criança e o adolescente no orçamento público. São Paulo: Inesc, 2005.

SILVEIRA, D. X. & MOREIRA, F. G. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

SPRICIGO, J. S. & ALENCASTRE, M. B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(n. especial): 427-432, 2004.

SUÁREZ, R. E. S. & GALERA, S. A. F. Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (n. especial): 406-411, 2004.

TIBA, I. *Anjos Caídos*. 28. ed. São Paulo: Gente, 2003.

WRIGHT, M. G. M. & CHISMAN, A. M. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(2): 264-271, 2004.

ZALUAR, A. Democratização inacabada: fracasso da segurança pública. *Estudos Avançados*, 21(61): 31-49, 2007.