

7. Retratos de um Momento Especial na Abordagem ao Usuário de Crack na Cidade de São Paulo

Renata Pires Pesce
Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PESCE, R.P., and SANTANA, C.L.A. Retratos de um Momento Especial na Abordagem ao Usuário de Crack na Cidade de São Paulo. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 237-276. ISBN: 978-85-7541-554-2. <https://doi.org/10.7476/9788575415542.0009>.



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/).

7

Retratos de um Momento Especial na Abordagem ao Usuário de Crack na Cidade de São Paulo

Renata Pires Pesce
Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Este capítulo inicia com breves considerações sobre o crack e a cidade de São Paulo, apresentando a seguir informações sobre a composição da rede de atenção e cuidado a crianças, adolescentes e/ou famílias com histórico de uso de crack. Na sequência descrevem-se os Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs) e apresentam-se as crianças, adolescentes e familiares usuários de crack entrevistados na pesquisa que deu origem ao capítulo. Finaliza-se com a visão dos adolescentes, dos familiares e dos profissionais sobre o atendimento nos serviços de saúde e de assistência social.

É importante ressaltar que a pesquisa foi conduzida em um momento em que a disseminação do uso do crack na cidade de São Paulo demandou às instituições e autoridades governamentais urgência no planejamento e no desenvolvimento de políticas públicas, bem como na criação de estratégias de intervenção e controle do uso do crack na cidade. Trata-se de um contexto no qual diversas ações vinham sendo planejadas e pensadas à luz de teorias e práticas, nem sempre consensuais, e ainda com muitos desafios e obstáculos, conforme pode ser observado a seguir.

O CRACK E A CIDADE DE SÃO PAULO

O município de São Paulo abrange uma área de 1.523,28 km² onde vive uma população de 11.253.503 pessoas. A rede municipal de saúde organiza sua gestão em cinco coordenadorias: Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-Oeste.

Os serviços da saúde e da assistência social são, cada vez mais, oferecidos em parceria público-privada por meio de contratos com as organizações sociais. Cerca de 55% da população, em 2007, não tinha plano ou convênio de saúde e 37% estava cadastrada pela Estratégia Saúde da Família. Em 2010, a população em situação de rua era de 13.666 indivíduos, excluindo-se crianças e adolescentes.

O município de São Paulo apresenta algumas características específicas, a saber, grande extensão territorial, heterogeneidade do território, áreas com alta densidade demográfica, áreas rurais, barreiras geográficas e diversidade populacional (população de rua, heterogeneidade étnica).

A cidade vem reunindo equipamentos e serviços, governamentais e não governamentais que atuam no atendimento e orientação de crianças, adolescentes e familiares que sofrem as consequências do crack. São várias iniciativas com enfoques bem diferenciados: orientação religiosa e uso de técnicas de autoajuda, de um lado; acolhimentos e tratamentos médicos e psicológicos, de outro.

Cabe ressaltar que, na ocasião da pesquisa, a cidade vivia um momento especial na abordagem ao usuário de crack. Em janeiro de 2012, tem início uma proposta de abordagem no centro de São Paulo – Ação Continuada Nova Luz – inserida no Projeto Nova Luz. Trata-se de uma proposta urbanística voltada para uma área popularmente conhecida como “craçolândia”, localizada no centro de São Paulo, área também denominada bairro da Luz ou Estação da Luz, que começa em 2005. A Ação Continuada Nova Luz, criada pela Prefeitura e apoiada pelo governo do estado, para atender o território da Nova Luz, pretende realizar algumas melhorias na infraestrutura e na segurança da área, caracterizada por ser local de grande exclusão social, onde prevalece a prática aberta e constante do tráfico e uso de drogas (principalmente crack e álcool) e prostituição.

Em dezembro de 2011, uma população média de 200 a 300 pessoas frequentava os locais de venda de drogas no centro da cidade. Desse contingente, aproximadamente 50 eram mulheres, dez delas gestantes, e 32 crianças e adolescentes. A maioria fazia uso eventual dos serviços de acolhida, retornando às ruas do bairro para usar crack (Silva, 2000).

Foi implantada em março de 2012, no escopo da Ação Continuada Nova Luz, a proposta de um serviço integrado, o Complexo Prates. Trata-se do primeiro programa de tratamento e acolhimento a usuários de álcool e outras drogas, que reúne ações de saúde pública e assistência social, uma iniciativa

da Prefeitura de São Paulo. Está relacionado ao Projeto Nova Luz por estar localizado no centro de São Paulo e por ser umas das ações desenvolvidas no projeto, com uma equipe multidisciplinar para atendimento, acolhimento, tratamento e encaminhamento biopsicológico, social e jurídico a essa população.

No momento da pesquisa, o Complexo Prates dispunha de um abrigo para crianças e adolescentes usuários de drogas com 20 vagas. No complexo há um espaço de convivência-dia para adultos, uma unidade de assistência médica ambulatorial (AMA), um Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad) e um centro de acolhida 24 horas. A abordagem ocorre por meio de uma ação conjunta entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e a Coordenadoria da Atenção às Drogas, em parceria com organizações sociais vinculadas à Prefeitura.

O Complexo Prates é um serviço aberto 24 horas, sete dias na semana, com políticas de portas abertas e uma equipe multidisciplinar para atender as demandas de acolhimento (alimentação, higiene pessoal, atendimento social individualizado). Também presta serviços especializados de saúde como: intervenção em crise, desintoxicação, avaliação psiquiátrica, enfermagem e clínica geral. A abordagem aos usuários tem sido executada pela ação conjunta da Guarda Civil Metropolitana (GCM) e da Polícia Militar. A GCM, como integrante da rede de proteção social, articulada com a SMADS e a SMS, na região da Nova Luz e adjacências, promove encaminhamentos de pessoas em situação de risco aos equipamentos de saúde e ao atendimento social, assim como abordagens a munícipes e transeuntes daquela região para orientação e esclarecimentos.

A GCM participa da ação integrada com pelo menos 30 guardas e dez viaturas e bases comunitárias móveis. A GCM integra a operação na região da Nova Luz, desenvolvida pela Prefeitura e pelo governo do estado, também fazendo a proteção aos agentes públicos que ali atuam a serviço da SMADS, SMS e Secretaria do Trabalho e Participação e Parceria, do Departamento de Limpeza Urbana (Limpurb) e da Subprefeitura. As ações da corporação são realizadas com base nas normas programáticas e nos procedimentos operacionais padrões. A GCM pode ser acionada por telefone e funciona 24 horas.

Após a implementação do Complexo Prates, uma vez realizado o plano de tratamento e identificadas as necessidades de cada um dos indivíduos, eles são encaminhados para os seguintes parceiros da rede de saúde e assistencial:

Pronto Socorro da Barra Funda, hospitais da rede, Centros de Referência da Criança e do Adolescente (Creca) – programa para atender crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade –, Caps da região do centro de São Paulo e SAIs.

A região também dispõe de um grande equipamento de saúde: um prédio com dois Caps, sendo um Caps ad (álcool e drogas) e um Caps i (infantil), uma unidade básica de saúde (UBS), uma Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Programa do Idoso, Programa da Pessoa com Deficiência, entre outros cuidados à saúde. Esses serviços atuam de forma bastante próxima, no entanto, há dificuldades de articulação com a rede para além desse território.

A cidade de São Paulo conta com a Coordenadoria de Atenção às Drogas (CDR), criada pela Prefeitura em 2008, e um Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool (Comuda). Há também o Conselho Estadual sobre Drogas (Coned). Essas estruturas têm como objetivo favorecer a formulação de políticas, a execução de projetos e a colaboração entre órgãos públicos e entidades da sociedade civil.

A complexidade da rede de serviços demanda mecanismos capazes de garantir a articulação entre os vários dispositivos existentes no município, conforme será descrito adiante. Grande parte desse papel é atribuída ao Caps. Os Caps ad deveriam articular-se com os serviços hospitalares e com os demais recursos da comunidade. Não há especificações sobre como o fluxo entre os serviços deve ocorrer, ficando a responsabilidade dessa interação a cargo de cada um deles.

O processo de implantação da Política Nacional de Saúde Mental em São Paulo apresenta diferentes obstáculos e desafios em decorrência das dimensões da metrópole e das relações políticas entre o estado/cidade e o governo federal. No momento da pesquisa, a cidade não apresentava uma rede eficiente de Caps, e estes não tinham boa integração com os sistemas de emergência e de atenção básica. Os dados mostram que muitos tópicos importantes na política de saúde mental estão sendo tratados de forma ideológica, reforçando a falsa ideia de que a abordagem ao usuário seria antes moral que clínica. Além disso, dada a escassez de recursos destinados à implementação da política de saúde mental, não foram criados serviços suficientemente capazes de atender a demanda ampliada pela abordagem de busca ativa, específica ao usuário de crack.

A urgência em acolher e oferecer tratamento à população de crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas na cidade de São Paulo vem

fazendo com que novos serviços sejam incorporados a essa rede, embora os profissionais que neles atuam nem sempre estejam adequadamente capacitados e qualificados para lidar com as novas demandas. Portanto, há necessidade de investir em formação continuada do quadro profissional, processos de parcerias, crescimento e amadurecimento da rede no campo da saúde e da assistência social.

A fala de uma promotora de justiça entrevistada para a pesquisa, que atua especificamente buscando promover os direitos da criança e do adolescente e fiscalizando as entidades que os acolhem no município de São Paulo, reflete sobre o quadro naquele momento:

Sem dúvida nenhuma houve avanço, houve profissionalização. Mas para essa população específica dos usuários de drogas, usuários de crack, a impressão que eu tenho é que ninguém sabe ainda como proceder. Mesmo a política de acolhimento de adolescentes na cidade precisa ser revista. Essa questão das parcerias que são feitas, do processo de escolha das organizações não governamentais, a cobrança que é feita. Tudo isso precisa ser revisto. Tudo isso precisa ser aprimorado.

A Prefeitura de São Paulo mantém uma relação peculiar com os parceiros incumbidos de cuidar dos abrigos infantojuvenis, e também com os serviços de saúde voltados para essa população. As organizações sociais, responsáveis por coordenar essas instituições, tendem a ser substituídas de acordo com as mudanças políticas, o que gera um clima de medo, tensão e desconfiança por parte dos profissionais.

O estado de São Paulo está entre as localidades do Brasil onde o uso de drogas, incluindo o crack, é mais evidente em pesquisas, especialmente na capital. As publicações sobre o uso do crack em São Paulo concentram-se numa região específica da área central da cidade conhecida como cracolândia, onde existe aglomeração de usuários na via pública (Raupp & Adorno, 2010, 2011; Oliveira & Nappo, 2008). Como na maioria das grandes cidades, o crescimento urbano acelerado e caótico traz consequências que afetam diretamente a qualidade de vida da população, especialmente as camadas de baixa renda.

A área central de São Paulo, que concentra grande parte do setor bancário, de serviços e comércio da cidade, além de instituições históricas e culturais, é considerada atualmente um local degradado, um “espaço predominantemente comercial, que possui a maior concentração de domicílios vazios da cidade e

de imóveis invadidos por pessoas de baixa renda, além de diversas habitações populares denominadas de cortiços” (Sampaio & Pereira, 2003). Existe alta rotatividade de profissionais do sexo, traficantes e usuários de drogas nas ruas da região, as quais ficam esvaziadas após o horário comercial, constituindo um agravante às condições de segurança.

No ano do levantamento de dados da pesquisa, a tentativa de revitalização desse espaço constituía uma das metas da gestão municipal por meio do projeto iniciado em 2005 (Projeto Nova Luz), baseado em ações de desapropriação de imóveis e fechamento de hotéis e de repressão aos usuários de drogas e moradores de rua (Raupp & Adorno, 2010).

Na cidade de São Paulo, o primeiro relato do uso de crack faz referência ao ano de 1989. Posteriormente, em 1991, houve a primeira apreensão policial da droga, momento a partir do qual o número de apreensões só veio a aumentar, passando de 204 registros em 1993 para 1.906 casos em 1995, mostrando a rápida popularização do crack na cidade (Dunn et al., 1996; Nappo, Galduróz & Noto; 1996).

Oliveira e Nappo (2008) desenvolveram pesquisa qualitativa com propósito de identificar, na cidade de São Paulo, se a cultura de crack estaria sofrendo modificações relevantes – especialmente no que se refere a acessibilidade, formas de apresentação e estratégias de uso da droga – que pudessem, de alguma maneira, justificar esse aumento de consumo. O perfil predominante do usuário encontrado foi: homem, jovem, solteiro, de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Segundo os autores, na época, o acesso ao crack era simples, facilitado por estratégias de mercado como a entrega em domicílio. As pedras têm sido substituídas pelo farelo, forma mais barata e adulterável da droga. O uso combinado de crack e tabaco ou maconha foi observado.

Os autores destacam ainda que, embora o padrão de uso mais frequentemente verificado tenha sido o compulsivo, caracterizado pelo consumo múltiplo de drogas e desenvolvimento de atividades ilícitas em troca de crack ou dinheiro, identificou-se também o uso controlado da droga, padrão esse que foi caracterizado pelo uso não diário de crack e comumente conciliado às atividades sociais (no que se refere à família, atividades escolares e trabalho), protegendo o usuário da marginalização.

A prática de atividades ilícitas não foi mencionada por usuários controlados, aqueles que conservam algum senso de ordem em suas vidas; mas foi comumente

identificada entre usuários que já haviam passado pela fase compulsiva. A transição dessa fase à controlada ocorreu depois de anos de consumo, quando já não acreditavam ter mais estrutura física, psíquica ou moral para lidar com as consequências decorrentes do próprio consumo. A observação da vida desastrosa de colegas usuários foi outro motivo para o despertar do indivíduo para a vida, passando, então, ao uso controlado ou até mesmo à abstinência.

A pesquisa de Raupp e Adorno (2010), que buscou compreender o cotidiano de usuários especificamente na região central de São Paulo, sugeriu uma estreita relação entre o contexto social dos usuários e seu padrão de uso de crack. A grande maioria fazia uso compulsivo da droga e estava em situação de rua, cenário em que o autocuidado ou quaisquer outras atividades eram secundarizadas. No contexto estudado, foram observadas pessoas em situação de desfiliação social, com perda total ou parcial de vínculos econômicos e afetivos, muitas das quais entraram em contato com o crack quando já estavam em situação de rua. Nesses casos, a droga não pôde ser identificada como a causa da ida à rua, embora isso tenha sido relatado como verdade para uma parte significativa dos casos.

Existem situações onde é possível manter o uso controlado da droga, especialmente em contextos sociais menos desestruturados. O fato de São Paulo ter sido a primeira cidade a registrar a presença de crack no país, somado à existência de uma região reconhecida pela sua venda e uso, com uma rede informal de serviços e pessoas interligadas a tal atividade, indica a amplitude do problema na cidade (Silva, 2000).

A região que abriga a cracolândia foi palco de diferentes experiências urbanas, caracterizando-se por funções e usos de seu espaço relacionados à própria história da cidade. O local já integrou os circuitos de lazer das elites paulistanas nas primeiras décadas do século passado, fato que começou a mudar na segunda metade do século XX, quando grandes empresas, bancos, lojas de artigos de luxo e grandes hotéis deslocaram-se para outras áreas da cidade. Nesse processo, ocorreu um deslocamento da elite, a qual passou a frequentar as novas centralidades que afloravam no compasso do crescimento da metrópole. Consequentemente, a área central iniciou um processo de desvalorização e popularização que acarretou mudanças e diversificação nos atores e atividades locais, com o surgimento de formas de ocupação estratégicas ligadas à busca pela sobrevivência. O centro ficou designado como uma ligação e passagem entre as diferentes regiões da capital.

Esse espaço público tomado por usuários e vendedores de drogas constitui um dos maiores problemas no centro de São Paulo, que ganha visibilidade e importância política na cidade, já que a sua recuperação é uma das prioridades da gestão municipal. Durante a realização da pesquisa que originou este capítulo, eram visíveis as políticas – em planejamento e em curso – dedicadas a transformações do bairro da Luz. No entanto, apesar dessas tentativas, a recuperação da área não aconteceu por completo, sendo ainda grande a ocupação por população de rua, o que vem desencadeando uma série de intervenções repressivas desde 2005, com o objetivo de controlar e expulsar os usuários de crack e outras drogas que circulam na região.

É, portanto, nesse contexto que a pesquisa em foco foi implementada na cidade de São Paulo: um momento em que as atenções da gestão municipal em relação ao uso do crack concentravam-se em iniciativas e projetos de revitalização do centro. Essas ações, que na prática parecem operações de expulsão de moradores de rua e usuários de crack, demonstram uma forma de lidar com o problema, dado o fracasso de ações repressivas. Raupp e Adorno (2011) comentam que, por não se conseguir lidar com o problema, o espaço urbano é transformado, ficando menos permeável às pessoas que pertencem a grupos desviantes, tornando-se mais acessível ao controle social.

A COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E FAMÍLIAS USUÁRIAS DE CRACK

A seguir descrevem-se como se organiza a rede socioassistencial, as características principais dos equipamentos nas áreas da saúde, assistência social, justiça, e outros serviços destinados ao apoio de crianças, adolescentes (e suas famílias) envolvidos com o crack. As informações obtidas, por meio de dados institucionais e de consulta aos interlocutores durante a coleta de dados, buscam apresentar um panorama o mais próximo possível da realidade no município que poderia apoiar as pessoas afetadas pelo uso do crack.

É importante ressaltar que existe uma proposta de articulação da rede, mas o cotidiano dos serviços ainda constitui um desafio para as instituições. Conforme será descrito mais adiante, especialmente a articulação do setor da saúde e da assistência social – tanto internamente quanto entre os dois campos de atuação – tem sido um sério problema. Esse fato reflete-se na fala dos profissionais de referência entrevistados. Trata-se de uma rede em que

há um fluxo intenso de meninos e meninas que já passaram inúmeras vezes por muitas instituições.

O fato é que essa integração que precisaria ter da entidade de acolhimento com o serviço de saúde não existe. Eles não sabem muitas vezes como conter um adolescente em surto. Eu já vi coisas do tipo jogar no chão, amarrar, dar um banho frio. Tem casos concretos que colocou o menino em baixo de um banho frio. Eles não sabem como lidar, e não sabem muitas vezes a quem recorrer. Então essas crianças ficam aí acolhidas durante o tempo que querem. Na maioria das vezes são adolescentes, pulam o muro e aí a entidade comunica ao juiz, ao promotor, a fuga desse adolescente. (promotora de justiça)

Até mesmo no Complexo Prates, equipamento recente que pretende integrar as duas áreas (saúde e assistência social), os profissionais relatam falta de integração com a saúde mental infantojuvenil, dificuldade de articulação com as escolas, em decorrência da falta da documentação exigida para encaminhamento (na maioria das vezes o adolescente com vivência de rua não dispõe dela), além de uma difícil questão disciplinar dentro do serviço e muitas lacunas em termos de atividades direcionadas às meninas e aos meninos que lá se encontram. Foi verificado in loco que os jovens usam alguns tipos de drogas dentro da instituição; os profissionais sentem-se por vezes despreparados e sem a devida formação, não sabendo o que fazer em relação ao uso de drogas (especialmente o crack). Ao mesmo tempo sentem-se acuados, com receio de trazer problemas para as unidades em que atuam se expuserem suas dificuldades.

A rede de serviços de saúde para o usuário de crack neste município é formada pelos serviços preconizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Saúde Mental. Em julho de 2011, havia na cidade: 563 centros de saúde/unidades básicas; 51 hospitais especializados; 159 hospitais gerais; 31 postos de saúde; 21 prontos-socorros gerais; 27 serviços de saúde mental; serviço de assistência móvel de urgência (Samu), com 107 ambulâncias básicas e sete avançadas, e outros 12.583 serviços da área da saúde.¹ Além desses, a cidade conta com alguns serviços especializados no atendimento ao dependente químico, descritos mais adiante.

O sistema de saúde mental é composto por serviços distribuídos no território que estão organizados de acordo com o nível de cuidado nos seguintes

¹ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/Datasus/MS, 2011. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 24 ago. 2015.

modelos: atenção primária – modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família (ESF); Caps em diferentes modalidades: dois Caps I, 21 Caps II, três Caps III com horários estendidos, incluindo finais de semana e feriados, 13 Caps I e 21 Caps ad; serviços especializados (Serviço de Atenção Integral ao Dependente – SAID – e programas ligados a faculdades); Comunidades Terapêuticas; grupos de autoajuda; ambulatórios; centros de convivência; prontos-socorros e hospitais gerais e Samu.

O SAID, um dos serviços especializados, caracteriza-se por ser um equipamento público municipal (parceria com o Hospital Samaritano) para o tratamento de dependentes químicos na cidade. Começou a funcionar em agosto de 2010 e oferece leitos de curta permanência e apoio psicossocial para adolescentes e adultos, de ambos os sexos.

Outros desses serviços são programas ligados a faculdades de medicina, entre eles, o Programa Equilíbrio da Universidade de São Paulo (USP), pertencente ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da USP, que oferece atendimento integral a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade na região central de São Paulo. Esse programa disponibiliza acompanhamento psiquiátrico e de saúde (média de 1.050 atendimentos mensais), atividades artísticas e esportivas; tem equipe multiprofissional e conta com cerca de 340 adolescentes matriculados.²

A rede da assistência social na cidade de São Paulo é organizada da seguinte forma: proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica tem como objetivo a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Prevê a inclusão em serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. A proteção social básica atua por intermédio de diferentes unidades. Entre elas, destacam-se os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e a rede de serviços socioeducativos direcionados para grupos específicos, como crianças, jovens e idosos.

² Os demais programas encontrados são: Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (Uniad) e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) da Universidade Federal de São Paulo; Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) da USP; Ambulatório Médico de Especialidades-Psiquiatria (AME-Psiquiatria), em parceria entre o governo do estado de São Paulo (Secretaria de Estado da Saúde), departamentos de Psiquiatria de quatro faculdades de medicina do município de São Paulo (USP, Universidade Federal de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e Universidade de Santo Amaro), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Ministério Público Estadual.

A rede de proteção social especial conta com 14 Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). O acesso aos Creas, equipamentos de média complexidade, é feito por identificação e encaminhamento do Cras, dos serviços de proteção e vigilância social; por encaminhamento de outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais, dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e por demanda espontânea.

Como equipamento de alta complexidade, a rede da assistência social a crianças e adolescentes usuários de crack dispõe de serviços especializados, com vistas a afiançar a segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente dos núcleos familiares e/ou comunitários de origem. A rede de serviços de acolhimento mantém articulação forte com as coordenadorias de assistência social, por meio dos Cras e dos Creas, que disponibilizam serviços, programas, projetos e benefícios em cada região, além dos serviços de saúde, Conselho Tutelar, Varas da Infância e Juventude, Ministério Público e a comunidade de origem das crianças e dos adolescentes.

A justiça também dispõe de serviços relevantes para o atendimento a essa população. São eles:

1) Conselho Estadual Sobre Drogas (Coned) – propõe a política pública estadual sobre drogas, compatibilizando-a com o Sistema Nacional sobre Drogas; estimula pesquisas e programas de prevenção; celebra convênios e encaminha ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas propostas fundamentais de alteração da política nacional sobre drogas.

2) Coordenadoria de Atenção às Drogas (CDR) – órgão administrativo e técnico de apoio ao Comuda. Criada em 2008, a CDR e o Comuda têm um importante papel na formulação e discussão de políticas públicas de álcool e outras drogas e na execução de ações e projetos, juntamente com órgãos públicos e sociedade civil, na prevenção do uso e abuso de drogas ilícitas e lícitas.

3) Departamento de Investigações sobre Narcóticos (Denarc) – órgão da Polícia Civil do estado de São Paulo que tem como atribuição executar ações de prevenção especializada, investigação e repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, no âmbito da capital.

4) Divisão de Prevenção e Educação (Dipe) – seção de convênios e encaminhamento de dependentes que tem um serviço social que orienta e encaminha o usuário e sua família. Age como intermediador entre quem procura tratamento e quem tem competência para fazê-lo. É formado por uma equipe de psicólogos, assistentes sociais e voluntários. Essas atividades de prevenção são desenvolvidas

por meio de cinco programas: Programa de Encaminhamento de Dependentes (Pede) – atende, avalia e encaminha às entidades terapêuticas os usuários e dependentes que procuram o serviço ou são dirigidos à seção; Programa de Orientação Familiar (Profam) – atende, avalia e encaminha às entidades ou profissionais da área de orientação familiares ou responsáveis por usuários ou dependentes químicos; Programa de Orientação e Encaminhamento de Policiais (Proepol) – atende, avalia e encaminha policiais envolvidos com dependência química que procuram o serviço ou são dirigidos à seção para programas, entidades terapêuticas ou profissionais da área – seus familiares são beneficiados pelo mesmo atendimento; Programa de Pesquisa e Avaliações (Proaval) – elabora pesquisas na área de encaminhamento, baseando-se nos casos atendidos pelas entidades e por profissionais de terapia; Programa de Atenção aos Menores Desassistidos (Promem) – experiência-piloto no atendimento a menores desassistidos envolvidos com drogas, e que perambulam pelo centro antigo da cidade.

5) Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (Coned) – atua conjunta e articuladamente com órgãos federais, estaduais e municipais, com a finalidade de prevenir o uso indevido de drogas, sob orientação do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen).

6) Viva Voz – concebido pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), em conjunto com a Fundação Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre, o Sebrae-RS e o Sesi-RS, é uma central telefônica aberta à população em geral, com orientações e informações sobre as características das substâncias psicoativas, sua ação no organismo e também sobre prevenção ao uso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de algum tipo de atenção. Os profissionais passam por capacitação e durante o atendimento são supervisionados por profissionais da área da saúde.

A rede de atenção apresentada tem dificuldades e também potencialidades. São muitos equipamentos, mas o trabalho em rede ainda se mostra desarticulado. Ocorreram avanços, como é o caso da inauguração do Complexo Prates, projeto integrando saúde e assistência social em ambiente mais acolhedor e menos conturbado, com estrutura de portas abertas à população, onde a violência institucional é menor, se comparada aos abrigos mais conservadores que acumulam crianças e adolescentes submetidos a variadas formas de violação de direitos, conforme menciona a mãe de um adolescente:

Eu vejo que é muito dos outros lugares que ele passou [comportamento agressivo do filho]. Eles [abrigo especial A]

têm mais atenção com os adolescentes. Eles têm uma atenção especial com a gente que vem visitar. Dá pra perceber que eles não fazem predileção se é branco, negro, preto, pobre, rico. (mãe de adolescente, abrigo especial A)

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

Para se conhecer a rede de SAIs existente no município, foi definida uma amostra representativa dos serviços da cidade de São Paulo (16 unidades visitadas). Os aspectos metodológicos de toda a pesquisa realizada no município constam do Anexo deste livro.

A SMS e o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura/SMS foram contatados, facilitando o acesso às instituições da área da saúde para visita, agendamento e realização das entrevistas individuais com profissionais, adolescentes e familiares. Na saúde foram entrevistados coordenadores de Caps i (um), Caps ad (um) e de um que atua em projeto para pessoas em situação de vulnerabilidade; dois adolescentes e um responsável por adolescente no Caps i.

A autorização da SMADS ofereceu muitos percalços até ser obtida, retardando o acesso às instituições da assistência social, onde foi realizado trabalho de coleta de dados quantitativos (aplicação de questionários institucionais em 16 SAIs entre julho e dezembro de 2012 e pesquisa nos prontuários de cada criança/adolescente com histórico de crack) e qualitativos (duas entrevistas com gestora da SMADS e com coordenador de SAI, com dois adolescentes e um responsável).

Um conselheiro tutelar da região central da cidade e um promotor que trabalha com crianças e adolescentes também foram entrevistados. No total, a abordagem qualitativa agregou sete entrevistas com diferentes profissionais, quatro com adolescentes e duas com responsáveis de adolescentes envolvidos com o crack.

Além dos 16 SAIs investigados, foram incluídos – a título de estudo de caso – três serviços da assistência social considerados especiais por concentrarem crianças e adolescentes que não haviam sido sorteados na amostra da pesquisa. Os dados desses três abrigos não estão incorporados nos resultados obtidos com a amostra representativa realizada. São apresentados em separado no capítulo.

Os Serviços de Acolhimento Institucional pesquisados

Todos os 16 SAIs visitados atendem crianças, e 14 acolhem adolescentes (Tabela 1). A presença de crianças que usam drogas em geral foi apontada em quatro serviços; em apenas um SAI há relato da existência de crianças com uso de crack.

Entre os SAIs que atendem adolescentes, o quadro é mais intenso: a metade abriga consumidores de drogas em geral e em três unidades há adolescentes que usam crack.

Em relação aos responsáveis de crianças e adolescentes, mais de 60% dos serviços informam o consumo de drogas em geral por esses genitores. Percentual menor é constatado para uso de crack por responsáveis de crianças (21,4%); entre os pais de adolescentes há mais serviços que relatam responsáveis que utilizam crack (62,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Serviços de Acolhimento Institucional que atendem crianças e adolescentes e seus responsáveis com história de uso de crack e outras drogas. São Paulo – julho a dezembro 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	4	25,0	7	50,0
Uso de crack pela criança ou adolescente	1	6,3	3	21,4
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	11	68,8	9	64,3
Responsáveis com história de uso de crack	10	62,5	3	21,4

* Informação dada pelo gestor do serviço.

**Dois SAIs não têm adolescentes acolhidos.

Na Tabela 2 tem-se a distribuição das 463 crianças e adolescentes que se encontravam nos 16 SAIs que compõem a amostra de serviços. Entre as 279 crianças presentes nos SAIs, seis utilizam drogas em geral e uma consome crack. Todavia, muitos de seus responsáveis são usuários de drogas em geral (35,1%) e de crack (19,7%). Entre os 184 adolescentes, 25 usam drogas em geral e quatro consomem crack; entre seus responsáveis, tem-se 34,2% e 7,6%, respectivamente.

Vale ressaltar que o município de São Paulo tem instituições específicas para atender crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas. Logo, os percentuais observados podem estar subestimados.

Tabela 2 – Uso de crack e outras drogas por crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional e por seus responsáveis. São Paulo – julho a dezembro de 2012*

Consumo de drogas	Crianças N=279		Adolescentes N=184**		Total N=463	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	6	2,2	25	13,6	31	6,7
Uso de crack pela criança ou adolescente	1	0,4	4	2,2	5	1,1
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	98	35,1	63	34,2	163	35,2
Responsáveis com história de uso de crack	55	19,7	14	7,6	69	14,9

* Informação dada pelo gestor do serviço.

** Dois SAIs não têm adolescentes acolhidos.

A maior parte dos 16 SAIs visitados já funciona há muitos anos: 43,7% entre dois e dez anos de atividades; 37,5% entre 11 e 18 anos; e os demais 18,8% oscilam entre 31 e 50 anos de existência. Os serviços da amostra têm em média 14,8 anos (DP=12,9).

A maioria dos SAIs (87,5%) tem a natureza de abrigo tradicional. Apenas dois serviços são Casas Lar: uma em comunidade e outra em aldeia.³ A maioria é não governamental (81,3%); três são unidades públicas municipais. Metade tem orientação religiosa: cinco, católica; dois, evangélica, e um, ecumênica. Todos os oito serviços sem orientação religiosa são públicos.

O atendimento oferecido às crianças e adolescentes em situação de risco social está voltado para algumas clientela específicas: população de rua (81,3%); com transtornos mentais (81,3%); com uso de crack e outras drogas (50%); ameaçados de morte (62,5%) e portadores de doenças infecto-contagiosas (43,8%).

A maior parte dos SAIs tem equipe técnica própria (93,8%). Em todos há psicólogos; assistentes sociais foram mencionados em 81,3% dos serviços.

³ Casa Lar é uma modalidade de acolhimento institucional com número menor de acolhidos, em que uma pessoa ou casal trabalha como educador, cuidador e residente.

Outros profissionais presentes em 11 SAIs (68,8%) são: pedagogos, educadores, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes de desenvolvimento familiar e gerentes administrativos. No que tange à capacitação desses profissionais para lidar com o crack e outras substâncias psicoativas, constata-se que a temática do crack foi muito pouco mencionada como alvo de formação continuada. A equipe técnica é a que mais foi alvo de processo formativo; neste cenário de escassez, apenas em quatro SAIs pesquisados foi mencionada a existência de quatro pessoas, uma em cada unidade, capacitadas sobre drogas em geral e somente em dois serviços houve referência à formação no tema do crack, com dois funcionários se aperfeiçoando no assunto.

Perfil das crianças e adolescentes e seus familiares

Na Tabela 2 verifica-se que, entre as 463 crianças e adolescentes acolhidos nos SAIs, o uso de crack foi mencionado por gestores/técnicos para um criança, quatro adolescentes, 55 responsáveis por crianças e 14 pais de adolescentes. Desse total, numa segunda etapa, foram localizados e preenchidos questionários com base em 21 prontuários de crianças e adolescentes em SAIs no município de São Paulo. Vale ressaltar que o longo período transcorrido entre a liberação da entrada nos serviços pela SMADS, a marcação da entrevista do gestor e o acesso aos prontuários colaborou para que muitos casos não estivessem mais disponíveis aos pesquisadores.

O perfil destes 21 acolhidos é o seguinte:

- cinco crianças têm entre 1 e 7 meses de vida (23,8%); cinco estão entre 1 e 3 anos (23,8%); sete têm entre 5 e 9 anos (33,4%); e quatro, entre 11 e 13 anos (19%). Observa-se a concentração de crianças de mais baixa idade nos serviços investigados; 57,1% das crianças são meninos.
- 12 frequentam a escola (57,1%): cinco crianças até 5 anos de idade têm registros institucionais que identificam sua inserção na pré-escola⁴ (13 estão nesta faixa etária); seis acolhidos na faixa dos 6-14 anos estão na primeira etapa do ensino fundamental e um deles está no ensino especial (já que é portador de necessidades especiais). No grupo de 12 estudantes, 25% apresentam defasagem entre série e idade de dois ou

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

mais anos. Em oito casos estudados, sete crianças menores de 6 anos e um adolescente estão fora da escola.

- 85,7% das crianças/adolescentes moraram com alguém com problema atual com o uso de drogas/crack, nos últimos 30 dias antes do acolhimento, o que indica o convívio com drogas no ambiente primário de socialização. As mães, seguidas pelos pais, são os principais usuários de crack relatados. Em apenas um caso é a tia que usa crack.
- 12 crianças/adolescentes apresentam algum problema de saúde (57,1%): hepatite C (um), HIV e outras doenças infectocontagiosas (dois), doenças congênitas/genéticas (quatro), comportamento agressivo (quatro), comportamento depressivo ou ansioso (um), deficiência física (um), deficiência mental não especificada (um), outro tipo de deficiência (dois). Outros problemas apontados em sete acolhidos são: alopecia, crises convulsivas, encoprese, enurese, dificuldades respiratórias, queloides.
- 23,8% já haviam sido acolhidos em outros SAIs, indicando trajetória de institucionalização prévia e 28,6% têm histórico de vivência de rua.
- 66,7% dos responsáveis pelas 21 crianças/adolescentes e apenas dois acolhidos foram encaminhados para tratamento por uso de crack.

A maioria dos acolhidos tem familiares morando na cidade de São Paulo (95,2%). A manutenção do vínculo com a família durante o período de acolhimento é relatada em 38,1% dos casos; 4,8% das crianças/adolescentes não têm mais vínculo; 38,1% têm impedimento judicial de contato; 19% têm família desaparecida. Apenas 33,3% recebem visitas na instituição, especialmente dos pais, seguidos pelas avós/irmãos e outros parentes ou responsáveis.

A dependência química dos responsáveis é principal motivo que levou crianças e adolescentes ao acolhimento institucional (85,7%), seguida bem à distância por negligência familiar (42,9%) e situação de rua (23,8%). Razões menos observadas foram: abandono pelos pais ou responsáveis (19%), carência de recursos materiais da família/responsável (14,3%), entrega voluntária da criança/adolescente pela família de origem (14,3%), exploração no trabalho ou mendicância (14,3%), ausência dos pais ou responsáveis por prisão (4,8%), pais ou responsáveis com transtorno mental (problemas psiquiátricos/psicológicos) (4,8%), violência doméstica física (4,8%) e psicológica (4,8%).

O uso específico de crack pela criança ou adolescente não foi apontado como motivo de acolhimento.

No que se refere aos dados sobre a institucionalização em SAIs, entre as 21 crianças e adolescentes identificadas pelo uso pessoal ou familiar de crack, 57,1% estavam na instituição há menos de um ano, 19% há um ano, 19% há dois anos e 4,8% há três anos. Em todos os prontuários consta procedimento administrativo na Vara da Infância e Juventude, como, por exemplo, pasta especial ou processo. Boa parte dos prontuários aborda a questão do consumo de crack por parte da criança/adolescente ou seus responsáveis, descrevendo o fato e/ou os encaminhamentos realizados em decorrência do problema (66,7%).

Quanto ao encaminhamento das crianças e adolescentes para os serviços nos últimos 12 meses, destacam-se o Poder Judiciário e o Conselho Tutelar (38,1% cada). Outros SAIs respondem por 19% e a SMADS, por 4,8% dos encaminhamentos.

No que se refere à situação legal das 21 crianças e adolescentes investigados, constata-se que: não há nenhum legalmente encaminhado para adoção, aguardando colocação em família adotiva; nenhum está com a destituição do poder familiar concluída, mas ainda sem encaminhamentos efetivos para adoção; e quatro estão em processo de colocação para adoção, ou seja, iniciando a aproximação com adotantes (19%).

Esses resultados a princípio significariam que há 19% de crianças e adolescentes usuários de crack ou cujos responsáveis consomem essa substância que preencheriam critérios para a condição legal de adoção. Entretanto, segundo os seus prontuários e informações dos técnicos, todas essas quatro crianças ainda estão com a destituição do poder familiar em tramitação. Logo, a possibilidade de adoção é precária. As demais crianças e adolescentes estão nas seguintes condições: seis em fase de avaliação/preparação para reintegração/retorno ao convívio com os responsáveis (28,6%); dois com suspensão do poder familiar (9,5%); 11 estão com a destituição do poder familiar em tramitação (53,3%); e nenhum tem processo tramitando de guarda/tutela ou com sentença pendente de recurso. Para dois acolhidos há ausência de informação sobre a situação legal nos prontuários.

Nenhum adolescente envolvido com o uso de crack e outras drogas está em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida nos SAIs investigados.

O atendimento oferecido às crianças, adolescentes e suas famílias

Os Creas e Caps ad são as instituições com que os SAIs mais se relacionam para apoiar o atendimento aos acolhidos com problemas decorrentes do uso de crack, seja por saberem a localização, trocarem informação, realizarem reuniões periódicas e/ou fazerem encaminhamentos. Poder judiciário, Ministério Público e Conselho Tutelar são considerados minimamente articulados aos SAIs.

Entre os três SAIs que informam oferecer ações para crianças e adolescentes usuários de crack, apenas dois mencionam atendimento médico, psicológico, psiquiátrico e jurídico, atenção às dificuldades de aprendizagem, tratamento para dependência química, atenção voltada à orientação sexual, encaminhamento para trabalho, inserção em programas de trabalho protegido, atividades esportivas e culturais, grupos de ajuda mútua e atividades com participação da comunidade. Apenas um serviço relata ações para crianças e adolescentes com deficiência e atividades religiosas.

No que se refere aos serviços fornecidos às famílias das crianças ou adolescentes, ressalta-se a menção a acompanhamento social e a programas de profissionalização dos familiares em dois SAIs. As seguintes ações foram apontadas por apenas um SAI: atendimento psicológico/psiquiátrico, tratamento de dependência química, inserção em programa/serviço oficial ou comunitário de auxílio/proteção à família, assistência jurídica, orientação para planejamento familiar, atividades culturais, atendimento médico e apoio financeiro e material.

As ações voltadas para os acolhidos ou seus familiares mostram-se esparsas mesmo entre os poucos serviços que informam a respeito delas. As visitas e entrevistas realizadas indicam a mesma direção, evidenciando a ainda frágil rede de apoio para pessoas em situação de tamanha vulnerabilidade.

Serviços destinados aos usuários infantojuvenis de crack

O município de São Paulo vivenciava no momento da pesquisa uma situação em que, segundo a Prefeitura e os respectivos gestores, todas as crianças e adolescentes usuários de drogas estavam sendo encaminhadas para abrigos especiais, de acordo com o recomendado pela política municipal. Os três abrigos especiais, ligados à assistência social, aqui denominados: A (localizado na região central), B e C (localizados na zona leste do município), são descritos a seguir.

Constatamos, ao longo da pesquisa, que os adolescentes usuários de drogas costumavam ficar alguns dias em abrigos destinados à população

infantojuvenil com vários tipos de vulnerabilidade social e, posteriormente, eram encaminhados para um desses abrigos especiais.

Eu cheguei aqui através do Conselho Tutelar lá da Zona Norte, aí eles me encaminharam pra cá, aí me transferiram pro pernoite lá em um outro abrigo que eu não conheço, de criança, aí eles me transferiram pra cá. Foi aqui que eu tive essa oportunidade de estar acolhido, mas daqui não tenho muito que reclamar não, porque se não fosse aqui eu não seria nada nesse momento, estaria na rua usando drogas, capaz de tomar um tiro ou ir preso. (José, 16 anos, abrigo especial)

Outro fato que ocorria com os serviços de acolhimento de uma forma geral é que vários deles eram descadastrados e outros, cadastrados, indicando uma grande labilidade na atenção oferecida. É comum que instituições mais antigas ou vinculadas à Igreja (e talvez com maior distanciamento da política pública atual) estejam sendo descadastradas; ao passo que serviços mais recentes vêm tornando-se conveniados à prefeitura.

Abrigo especial A

Este serviço tinha apenas cinco meses de funcionamento no momento da pesquisa. Trata-se de uma organização não governamental (ONG) sem orientação religiosa. É dedicado a usuários de drogas e em situação de rua. Tem equipe técnica própria, com assistente social, psicólogo e pedagogo, que informa ter passado por capacitação sobre o tema do crack. O abrigo realiza reuniões periódicas com o Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público, SMADS, bem como com serviços de saúde (física e mental).

Não havia nenhuma criança com história de uso de drogas na visita da pesquisa. Naquele momento, estava com dez adolescentes acolhidos: todos com uso de drogas em geral (seis deles incluindo o crack). Todos os jovens tinham pais usuários de drogas e dois deles usavam crack.

Segundo informações do gestor, são oferecidas atividades de forma regular: ensino, atendimento médico, psiquiátrico e psicológico, tratamento para dependência química, orientação sexual, curso de capacitação, encaminhamento para trabalho, inserção em programas de trabalho protegido, grupos de ajuda mútua e atividades religiosas, esportivas, culturais e comunitárias. Para as famílias das crianças e adolescentes que usam crack, são oferecidos de forma regular o acompanhamento social e o encaminhamento para tratamento de dependência química.

Entre os dez adolescentes no abrigo, para sete deles foi possível coletar informações individualizadas. São eles: cinco meninos e duas meninas na faixa dos 14-18 anos de idade. Três deles têm a pele branca; dois, preta e um, parda. Para cinco deles há informações mais detalhadas sobre suas vidas:

- convivem com a família de origem e não têm histórico de situação de rua; dois já estiveram acolhidos em outros SAIs;
- obtêm dinheiro das seguintes formas: prostituição na rua, furtos, roubos, violência sexual, tráfico de drogas, o que denota a situação de vulnerabilidade em que se encontram. Apenas um comenta ter trabalhado legalmente, em supermercado. Quatro já foram detidos, por tráfico, furto, roubo, posse de drogas, desmonte de carros, formação de quadrilhas;
- quanto ao elevado consumo de substâncias psicoativas, tem-se que: três deles usam álcool (dois diariamente nos últimos 30 dias antes do acolhimento); todos consomem tabaco diariamente; três usam maconha diariamente; todos consomem cocaína (quase todos diariamente), mesclado (quase todos diariamente), crack (todos usam diariamente), oxi (três), produtos para sentir “barato” (todos); um adolescente relata ainda heroína/ópio/morfina, remédios “para ficar ligado”, tranquilizante/ansiolítico/calmante;
- o tempo de uso de crack oscila entre dois e cinco anos, e a quantidade de pedras varia entre uma e cem pedras ao dia. Três utilizam crack em forma de cigarro, dois como baseado, três em lata, quatro em cachimbo e um em uma garrafa de yakult. Todos reutilizaram cachimbo, lata ou copo de outras pessoas; todos já misturaram crack com outras drogas, como maconha, cocaína e oxi em elevada frequência. Um jovem já usou drogas injetáveis. Quatro tiveram overdose. O principal lugar do consumo do crack é a rua. Quem mais fornece o crack para o uso são amigos e traficantes. Dois têm irmãos que usam crack e outras drogas e três têm pais com tal uso;
- quatro desses jovens consideram sua saúde boa e um, satisfatória. Porém todos fazem sexo sem camisinha e um já transou com portador de hepatite ou HIV. Contradizendo essa percepção, constata-se que, antes do acolhimento, eles tinham passado por variados serviços públicos, mesmo em idade tão precoce: posto ou centro de saúde/ambulatório/UPA (quatro); emergência (três); Caps ad (três); serviços de assistência

social para conseguir emprego (três); abrigos (todos); serviços que fornecem alimentação gratuita (três); internação em hospital (dois); serviço de internação para tratamento de dependência (um); hospital psiquiátrico (um); clínica especializada (um); Comunidade Terapêutica (um).

Os profissionais do abrigo especial relatam que falta apoio da Prefeitura e de integração com a área da saúde mental infantojuvenil. O abrigo não tem acesso a Caps i. A infância e a adolescência parecem ficar muito de lado nesse serviço, que é amplo e atende pessoas de todas as faixas etárias. Observamos adolescentes ociosos sem trabalho direcionado, além da dificuldade de articulação com a escola, pela falta de documentação necessária. A questão disciplinar parece difícil (usam maconha, cocaína e cigarro na instituição), até mesmo durante uma de nossas visitas. Enquanto preenchíamos o questionário com um adolescente, ele aceitou um cigarro de maconha que lhe foi oferecido por colegas e realizou a entrevista fumando o cigarro.

Abrigo especial B

É uma Casa de Passagem que funcionava há dez meses no momento da pesquisa. Trata-se de uma ONG sem orientação religiosa. Prevê o atendimento a usuários de drogas, com transtorno mental, doenças infectocontagiosas, em situação de rua e ameaçados de morte. Dispõe de equipe técnica própria, com assistente social, psicólogo, assistente técnico e gerente – todos sem capacitação específica para o tema do crack e outras drogas. A unidade demonstra pouca articulação com os órgãos da rede socioassistencial, segundo informações dadas pelo gestor: dentre um amplo leque de instituições da rede socioassistencial, a articulação existente é feita apenas com o Conselho Tutelar, Caps ad e Caps i. Dessas instituições, o gestor informa saber a localização, sem que haja troca de informações e reuniões periódicas com nenhum serviço dessa rede.

Nessa unidade estavam presentes no momento da pesquisa sete crianças e sete adolescentes com histórico de uso de drogas (que não o crack).

Abrigo especial C

Este abrigo funciona há 16 anos e é uma Casa de Passagem não governamental. Tem uma orientação religiosa ecumênica, com possibilidade de acolher crianças e adolescentes com as seguintes especificidades: usuários de drogas, com transtorno mental ou doenças infectocontagiosas, em situação

de rua e ameaçados de morte. Tem equipe técnica própria, com psicólogo e assistente social que já recebeu capacitação sobre o tema crack e outras drogas. A unidade informa se articular com poucos órgãos da rede socioassistencial, no que se refere à troca de informações e à realização de reuniões periódicas com Caps ad, Caps i e outras ONGs.

No momento da pesquisa o abrigo tinha cinco crianças acolhidas, todas sem histórico pessoal de substâncias psicoativas, porém com pais que usavam crack e outras drogas. Entre os 12 adolescentes abrigados, não há histórico pessoal ou familiar de uso de drogas.

A VISÃO SOBRE O CRACK E SUAS CONSEQUÊNCIAS, SEGUNDO OS ADOLESCENTES USUÁRIOS, AS FAMÍLIAS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Trataremos nesta seção mais das crianças, adolescentes e famílias foco de nossa avaliação, apontando para a realidade em que vivem, suas histórias de vida e os caminhos que os levaram ao uso da droga e aos serviços de acolhimento, seja da saúde, da assistência social ou da justiça. Conversamos com alguns personagens envolvidos com o crack: adolescentes inseridos em SAIs e em serviços de saúde, assim como seus familiares, que gentilmente compartilharam suas histórias de vida e nos emocionaram com toda a dureza e a esperança que os acompanham em suas trajetórias de redenção e luta. Os quatro adolescentes são: José, 16 anos, e Abel, 17 anos, acolhidos em SAI; Marta, 16 anos, e Júlia, 18 anos, em Caps i. Duas mães de usuários de crack foram entrevistadas: sra. Odete, mãe de menina atendida em Caps i, e sra. Luísa, mãe de menino no abrigo especial A.

Profissionais da saúde, assistência social e justiça envolvidos com os cuidados a crianças, adolescentes e famílias nos ofereceram suas ricas opiniões sobre as causas e consequências do uso/abuso do crack para a saúde física e psíquica dessa população. Informações sobre o perfil dessas crianças e jovens constantes dos prontuários dos acolhidos em SAIs também nos ajudaram na caracterização desses sujeitos.

É claramente perceptível que a vida de adolescentes envolvidos com o crack é permeada por situações de privação de direitos, exclusão social e violências de diversos tipos. Ao iniciar a conversa, pedindo que contassem sobre sua vida, ouvimos relatos de bastante sofrimento e sentimentos de rejeição. Da mesma

forma que os jovens entrevistados revelam uma trajetória de uso de muitas drogas até chegar ao crack, todos trazem histórias de recaídas, de dificuldades de abandonar esse caminho e, ao mesmo tempo, reconhecem os danos trazidos pelo uso da droga e a necessidade de parar de consumi-la.

Abel relata logo ao início da conversa:

Eu só queria saber de drogas, de tráfico, roubar gente, tirar as outras coisas das outras pessoas. (...) Eu não tinha nada, minha mãe não queria saber mais de mim, na escola muitos problemas. Eu tenho duas filhas, uma menina e um menino. (Abel, 17 anos, SAI)

Outro menino entrevistado parecia estar sob efeito do uso de drogas durante a entrevista, apresentando uma fala muito confusa e truncada. Ainda assim narra um episódio em que foi vítima de violência sexual. Relata o consumo e tráfico de muitas drogas e afirma todo o tempo que pretende parar de usar drogas, mostrando-se muito agitado e ansioso.

Conheci a maconha, o crack, a cocaína, a cola, o tiner, o lança, aí conheci isso, depois comecei a usar tudo. A rua me levou a conhecer a droga, comecei a roubar, roubar, aí foi quando eu comecei a traficar, foi quando eu fui preso. Depois fiquei um mês fechado na Fundação Casa, voltei, pedi ajuda, saí de lá, comunicaram minha família e eu não queria ajuda dela não. Nunca quis a ajuda deles. Botei na minha cabeça, não quero ajuda, quero sair dessa droga, eu vou sair dessa droga. Foi quando uma técnica me ajudou, me trouxe pra cá, e eu estou aqui feliz e alegre. A tia e o educador são como um pai pra mim, a [técnica] me dá apoio, me dá ajuda, se eu quiser, se eu tiver doente. (José, 16 anos, abrigo especial)

Júlia relata sua difícil vida com o uso do crack:

Eu jogava futebol feminino antes de conhecer as drogas. (...) Quando eu conheci a cocaína, me viciiei. Depois passei pro crack, aí quando a minha vida desmoralizou de uma hora pra outra, parei de estudar, saí de casa e vim parar no centro. Aí foi quando eu conheci o Caps, o Caps me ajudou com vários recursos, consegui um emprego, só que aí eu tive algumas recaídas. (...) Hoje eu estou numa residência terapêutica, mas hoje eu estou bem melhor graças ao Caps e à residência terapêutica. O meu objetivo é voltar a estudar, conseguir um emprego e terminar meu estudo, porque eu parei no ensino médio. Preciso pagar a faculdade de educação física. É o que eu pretendo, é o meu sonho. (Júlia, 18 anos, Caps i)

Marta foi estuprada na rua após uma overdose. Foi encontrada sem consciência e levada para o hospital. Chora ao contar sua história. Ficou internada com graves ferimentos na região genital. Conta que já passou por tudo quando usava drogas. Tem um irmão preso por homicídio e tráfico. É uma menina travesti (menino que se transformou em menina), tem aparência feminina e se veste com roupas femininas. Relata ter usado crack por cinco anos, tendo iniciado o consumo da droga em decorrência da “revolta pela minha opção sexual; e depois eu fugi de casa. Comecei pela maconha e depois foi a cocaína e depois fui direto para o crack” (Marta, 16 anos, Caps i).

O múltiplo uso de drogas é relatado pelos profissionais da saúde e da assistência social, que, todavia, reconhecem o crack como uma droga diferenciada, que parece estar no topo de uma pirâmide que tem como base o consumo de outros tipos de substâncias psicoativas. Essa combinação de drogas, de acordo com Nappo, Galduróz e Noto (1996), é uma característica marcante do atual padrão compulsivo de uso, substituindo gradativamente o uso exclusivo, relatado na primeira descrição da cultura de crack na cidade de São Paulo. Os profissionais entrevistados mostram suas visões sobre essa questão, embora na literatura as motivações subjacentes ao uso múltiplo de drogas sempre permaneceram pouco esclarecidas (Magura & Rosenblum, 2000; Pennings, Leccese & Wolf, 2002).

Tem uma história já de abandono ou de já sair das ruas, ou de um uso anterior de solventes. Inclusive a gente tem grupo aqui em conjunto com o Caps i que acompanha meninos que fazem uso de solvente e que não circulam pelo território do crack. É muito mais em Anhangabaú, em muitos lugares onde não tem crack e que, quando os meninos começam a ter contato, eles saem desse grupo; porque esse grupo não o reconhece mais porque ele está em outra história. Então o que a gente vê é que tem um processo de vulnerabilidade que às vezes já passou até pela cocaína antes do crack. O crack, na verdade, só vai catalisar um processo de degradação maior. Degradação da própria saúde ou dos próprios meios para obter e se manter no uso de substâncias. (coordenador de Caps ad)

Profissionais da área da assistência social relatam que, com o projeto Caps na Rua, foi possível mapear um pouco do movimento das crianças e adolescentes usuários de drogas no território, distinguindo o perfil dos que consomem crack em relação ao dos usuários das demais drogas. A coordenadora do Complexo Prates também corrobora a percepção do coordenador do Caps ad quanto à

existência de uma espécie de territorialização marcada por características de consumo das drogas, como se fosse um caminho percorrido pelos adolescentes até chegar ao crack: os jovens do parque Dom Pedro e da Sé usam mais maconha e envolvem-se mais no tráfico, os meninos do Vale do Anhangabaú consomem mais o tiner, e os jovens da República e da Nova Luz preferem o crack.

A fala dos coordenadores também revela que esses jovens tendem a proteger o grupo a que pertencem.

Eles tinham uma coisa assim: “não; o crack não; o crack a gente não vai”. Tinha uma coisa de inclusive querer proteger o grupo. Se tivesse algum menino que começava com um envolvimento de querer ir pra lá... Agora, tinha uma hora que eles iam. (coordenador de Caps i)

Aqui dentro desse serviço, a gente percebe que tem muitos meninos que, quando entra aqui um usuário de crack, ele é totalmente isolado, porque o menino quando ele chega no crack é porque ele está no fim. (...) Eles isolam aquele menino. (coordenador do Complexo Prates)

Os profissionais indicam também como causa ao uso do crack a existência de uma trajetória crescente do uso de drogas associada a problemas sociais e familiares.

Olha, pela minha experiência, eles vão começando por pequenas drogas, saem dos seus domicílios. Vem associado com a questão da violência intrafamiliar, que está em incompatibilidade com esses arranjos da família. Saem pras ruas e aí começam a usar as drogas. E vai começando pela maconha, inalantes, até o ponto de chegar... como já foi feito um estudo dessa trajetória. Saem das periferias para as regiões centrais e vieram também desse percurso pra cracolândia, onde se concentrou esse polo. Infelizmente. E aí o acesso ao crack. (gestora da SMADS)

No estudo desenvolvido por Oliveira e Nappo (2008), o uso múltiplo de drogas surge como uma possibilidade de manipular a intensidade ou a duração dos efeitos de crack, seja como paliativo aos efeitos negativos, seja para intensificar ou prolongar os efeitos positivos. As drogas associadas mais frequentemente citadas foram: álcool, maconha e cloridrato de cocaína.

Falhas na linha de cuidados do Estado e da família são trazidos como causa para o uso do crack na adolescência. É o que nos mostram algumas falas dos profissionais entrevistados: “abandono familiar num primeiro

momento e depois abandono por parte do Poder Público”. Conforme nos diz a promotora entrevistada:

São crianças e adolescentes que às vezes já nascem filhos de dependentes químicos, em relação aos quais o trabalho do Poder Público é incipiente. Eu não tenho dúvida que o Estado é falho no que diz respeito ao resgate, ao tratamento. Isso a gente vê nas entidades de acolhimento. Nas entidades de acolhimento de crianças e adolescentes, seus funcionários não estão capacitados para lidar com essa população.

Os coordenadores da área da saúde entrevistados (Caps i, Caps ad e Projeto Equilíbrio) ressaltam também que os jovens que fazem uso de drogas (incluindo-se o crack) têm histórias de vida muito semelhantes, permeadas por rompimentos e conflitos familiares.

Aquela velha história, por exemplo, que o adolescente não vai para rua porque ele usa droga. Ele acaba indo para a situação de rua pra ficar muito mais tempo longe de casa por questões anteriores. Isso a gente vê aqui completamente nos Caps, que a gente acompanha... as questões estão de fato lá na estruturação familiar, nas relações familiares, no contexto dessa família, que muitas vezes está relacionado com as condições de vida. (coordenadora de Caps i)

Crianças, adolescentes ou famílias que acabam vivenciando esta situação de uso é porque já vêm num processo de degradação das condições de vida e de organização social, econômica, familiar, já de um tempo. Então há um processo de vulnerabilização desse grupo, muito anterior ao chegar ao crack. O crack é quase como uma catalisador nas etapas finais num processo de agravo. (coordenador de Caps ad)

O que nós temos aqui são crianças que sofreram muita violência física, violência sexual e situações obviamente de negligência física e emocional, e que elas acabam indo pra rua. Elas acabam indo pra rua até como fuga desse ambiente hostil. O crack também é um tipo de alívio pra dor emocional que eles sentem. Isso que a gente vê aqui. (coordenadora do Projeto Equilíbrio)

É importante destacar que, de fato, estudos defendem que a família e a rede social de apoio exercem um papel de fundamental importância durante todo o processo, desde a busca e utilização das drogas até o momento da intervenção terapêutica. No entanto, a maioria dos estudos de revisão sobre famílias de

dependentes químicos confirma que o universo familiar dessa população é frequentemente disfuncional (Guimarães et al., 2009).

Na visão dos adolescentes usuários, os motivos que os levaram ao uso do crack são muito mais pessoais, ficando a responsabilização atribuída ao núcleo familiar ou a si próprios, tal como presente na “revolta” sentida por Marta, pela não aceitação de sua orientação sexual por parte da família, e outras situações descritas pelos adolescentes entrevistados.

Me levou ao uso, porque eu agredi a minha avó. A minha mulher destruiu a minha vida mais um pouquinho, não me dando valor, falava que me amava. Depois que eu perdi o meu pai. (José, 16 anos, abrigo especial)

Porque eu não sei lidar com a perda da minha mãe. Eu não sei lidar ainda até hoje com a morte da minha mãe, muitas vezes que eu penso nela, que eu sinto saudade, eu tento me martirizar. (Júlia, 18 anos, Caps i)

Percebe-se na fala das mães entrevistadas a culpabilização pelo uso de drogas de seus filhos. Uma delas, que no momento da entrevista estava com hematomas no rosto e no corpo devido à agressão de seu companheiro (ele havia acabado de ser preso por denúncia de agressão por parte da mesma) nos diz: “Às vezes os filhos começam a usar droga pra chamar atenção da gente. (...) Foi internada de novo por minha vontade, não pela vontade dela, e assim não resolveu porque o problema estava dentro da minha casa” (sra. Odete, Caps i).

Uma outra mãe também tenta encontrar um motivo:

Até hoje se eu falar pra você que eu sei o motivo, eu não sei. Claro e lógico que eu tenho uma parcela de culpa nisso, mas eu estou tentando encontrar qual foi o meu erro, pra poder eu reparar. Porque um dia ele vai sair daqui. Eu tenho que saber o que fazer quando ele sair daqui. (sra. Luísa, SAI)

Quanto às consequências do uso do crack para a vida de crianças e adolescentes, todos os profissionais entrevistados dizem que “é diferente” das outras drogas: os efeitos são bastante degradantes e “detonadores”. Chamam a atenção para o fato de que os efeitos do uso do crack dependem das características individuais, do apoio que recebem e dos vínculos que são capazes de estabelecer com quem os acolhe. Consequências físicas e cognitivas são também apresentadas.

Foram citados efeitos comuns, como falta de atenção, dificuldade de dar respostas, alterações de comportamento (alguns muito agitados, outros com muito sono), maior intolerância, problemas psicomotores e de relacionamento com pares, profissionais e familiares. O coordenador do Caps ad considera que as consequências também dependem de cada um e das possibilidades de laço social, podendo por essa combinação ser melhor ou pior o prognóstico. Agravos fisiológicos também foram mencionados: problemas pulmonares (muitas pneumonias), ferimentos nas mãos e nos lábios, desnutrição, dificuldades na alimentação. Quanto às consequências cognitivas, destacaram-se prejuízos na vida social (dificuldade de reintegração) e escolar (problemas de aprendizagem).

Uma profissional destaca a urgência com que os cuidados devem ser oferecidos, considerando-se as graves consequências que a droga acarreta para esses meninos e meninas.

É engraçado que eles ficam aqui dois, três dias e você percebe a mudança, mudança na pele, mudança no olhar, brilho, muda tudo. Você consegue perceber nas mínimas coisas o quanto faz bem. Eles chegam bem acabados. Eles ficam dormindo dois, três dias, a gente percebe, levanta, come e dorme, levanta, come e dorme, toma banho e dorme, dorme, dorme, dorme; no terceiro e quarto dia, ele é outra criança. Você olha pra mão, não é a mesma, muda tudo, a pele, muda o olhar, muda a maneira de se colocar, de falar, de sentar na mesa e se alimentar. (coordenadora do Complexo Prates)

Entre as mães entrevistadas, uma delas enfatiza a degradação da filha que “fazia programa ali na Estação da Luz e fumava e ficava sem tomar banho. Uma coisa assim horrível, ficava muito agressiva” (sra. Odete, Caps i). A outra mãe entrevistada atribui ao uso do crack e de outras drogas o abandono da escola. É interessante que ambas falam de danos à sua própria saúde mental, mostrando consciência da necessidade de buscar tratamento para si próprias. São relatos que demonstram o quanto o uso de drogas pelos filhos atinge e vulnerabiliza a família como um todo.

Eu comecei também a fazer tratamento pra mim poder começar a entender como eu deveria tratar a minha filha. (sra. Odete, Caps i)

Eu caí numa depressão profundíssima. Eu trabalhava e não conseguia mais trabalhar. Eu não conseguia desenvolver atividade nenhuma. Nem com elas [as filhas pequenas] até. Eu errei demais, então eu procuro fazer pra não errar com elas. Então eu não conseguia

trabalhar e eu cheguei a ficar mais de dois meses sem colocar a cara no portão de casa. (sra. Luísa, abrigo especial)

Para os adolescentes, os efeitos do crack são valorizados pelas sensações que o uso da droga proporciona: “adrenalina”, “vista ficava meio embaralhada”, “muita ansiedade de voltar a usar”, “vontade de roubar”, “sair do mundo real”, “ficar numa fantasia”, “depressão que vem depois”, “ficar ligado”, ou “muito acelerado”.

Uma adolescente fala das consequências percebidas física e cognitivamente:

Na saúde física eu emagreço muito, e depois do uso de crack que eu fiz durante esses três anos, que eu comecei com 15 anos e estou com 18, eu percebo que a memória já não é mais a mesma, tipo você calcular algumas coisas, pensar rápido ou lembranças. (adolescente, Caps i)

Terminamos essa seção sobre a visão dos diferentes atores entrevistados com uma impactante definição dessas crianças e adolescentes usuários da droga, trazida por uma profissional da área da justiça:

São crianças e adolescentes que têm todos os seus direitos fundamentais violados. O direito à saúde e educação é violado porque não são matriculadas e não permanecem na escola, porque a escola também não está capacitada para atender esse tipo de criança. Direito à saúde, educação, convivência familiar e comunitária. São crianças e adolescentes abaixo da sociedade, com absolutamente todos os seus direitos violados. Todos os direitos que a Constituição Federal fala que são prioridade absoluta lá no artigo 227; pelo Estatuto da Criança e do Adolescente são crianças e adolescentes com todos os seus direitos violados. O primeiro deles é a saúde porque não recebem tratamento adequado. Muitos deles nem sequer sobrevivem. (promotora)

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

Tanto para os quatro adolescentes, quanto para as duas mães entrevistadas, os serviços em que, no momento da entrevista esses jovens se encontravam, foram muito elogiados e tidos como uma grande esperança de recuperação. Especialmente para as mães, pudemos perceber que elas buscam de fato um local com acolhimento, pessoas que as apoiem, que as façam ser úteis no tratamento

dos filhos e especialmente as orientem, já que se sentem muito impotentes e fragilizadas. Uma das mães, transparecendo todo seu desespero em ajudar a filha, fala à pesquisadora que considera importante que o tratamento seja feito mesmo contra a vontade do usuário.

As três internações compulsórias que ela teve não conseguiram resultado porque ela recaiu. Mas a pessoa sai bem melhor. A pessoa começa a compreender que ela tem uma doença, que essa doença existe, que essa doença não tem cura e ela precisa ser tratada. Agora se você for na Estação da Luz, você vai ver meninas de 12, 13 anos grávidas, em situação de rua. Porque eu sou uma mãe que não abandona, mas tem mães que abandonam. (...) Vê com as autoridades pra mudar essa lei, pra eles pegarem mesmo, investirem no tratamento à força mesmo. (sra. Odete, Caps i)

Ouvimos de uma promotora que o município havia começado, na cidade de São Paulo, a operação Centro Legal, e que essa atuação da polícia colocou a perder o pouco que se tinha sido conseguido na cracolândia. Segundo a profissional, acontecia no município uma ação no sentido de aumentar o número de Caps, acompanhar, cobrar e visitar a instalação dos Cras e dos Creas, e trabalhar para integrar os serviços da saúde e da assistência social:

A impressão que nós tivemos no decorrer dessa apuração foi que vinha caminhando no sentido adequado; ainda pequeno, incipiente, mas aprendendo; e, pelo menos aqui no centro de São Paulo, vinha caminhando. Com essa operação policial o pouco que vinha sendo feito se perdeu. (promotora)

Para essa entrevistada, que se mostra contra ações de recolhimento compulsório, existem profissionais competentes no município, mas falta a elaboração de uma política consistente que se debruce seriamente sobre o tema.

Não é tirando os dependentes químicos da região central ou da vista da população que vai resolver o problema. É um trabalho extremamente difícil. É um trabalho que tem que ser feito muito aos poucos. Tem que ser feito um trabalho de convencimento. Não adianta tirar os dependentes químicos do centro e colocá-los numa residência terapêutica ou numa comunidade terapêutica, porque eles precisam querer o tratamento. (promotora)

Pelo lado dos profissionais que atuam diretamente com esses jovens, é precário o conhecimento sobre o que acontece nas instituições da rede.

O Conselho Tutelar, por exemplo, desenvolve apenas um papel de recepção e encaminhamento das crianças e jovens usuários de drogas. O trabalho fragmentado é visível e refletido na fala de uma conselheira.

A gente liga para essas redes que fazem esse tratamento para saber se tem vaga; tendo a vaga a gente encaminha a criança para fazer esse tratamento de drogadição. A maior parte a gente encaminha para os abrigos. Algumas a gente encaminha lá para o Complexo Prates. Então os abrigos é que procuram esta rede. Essa rede que cuida mais da drogadição. Suponhamos: a criança chega aqui e eu mando para o abrigo porque, quando a gente pede a vaga no Caps, ele já pergunta: “tem problema de drogadição?”. A gente fala que tem e o próprio Caps encaminha para os abrigos que têm esse tratamento. Então a gente não fica sabendo muito. Alguns, quando eu sei que têm problemas com drogadição que já veio aqui, eu já peço a vaga no Complexo Prates, porque eu sei que lá é realmente para crianças com problemas de drogadição. Não é sempre que tem vaga, então a gente passa para o Caps, o Caps passa para os abrigos, e os abrigos recebem já sabendo que tem problemas com drogadição. De lá eu não sei para onde eles são direcionados.

O Caps i e o Caps ad visitados na região central mostraram integração entre as equipes, com acompanhamento dos casos em conjunto e ações compartilhadas. São serviços que funcionam no mesmo prédio, o que facilita a comunicação:

Vamos partilhar com... e não encaminhar para outro serviço. Vamos trabalhar em conjunto. Foi feito no ano passado esse entendimento, que fosse realizado assim: chegou no [Caps] i ou chegou no [Caps] ad, é porta de entrada. Não dá para jogar para a população, essa coisa do vai tentando pra ver onde se abrem as portas; ou o município fala, é só ad ou é só i. Chegasse em um dos Caps acolheria, e aí é uma questão da equipe partilhar com outros serviços. (coordenador de Caps ad)

No Projeto Equilíbrio, que atende crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, outro equipamento da saúde vinculado à universidade, funciona especialmente como referência aos abrigos, interagindo com outros serviços da região. A coordenadora entrevistada diz que o critério decisivo para atendimento é a vivência de maus-tratos por crianças e adolescentes que se encontram abrigadas.

Indagados sobre as potencialidades do trabalho com a população infantojuvenil usuária de drogas, alguns profissionais destacam conquistas em seu próprio serviço, como por exemplo: conseguir trabalhar com um público bastante heterogêneo, realizar visitas domiciliares para melhor acompanhamento dos familiares, acionar a rede local (já que a maioria dos adolescentes não reside na área onde é encontrado, especialmente aqueles no centro da cidade), resgatar o apoio familiar em alguns casos.

Um aspecto mencionado pelos profissionais e familiares como desfavorável ao atendimento e tratamento é o intenso fluxo de crianças e adolescentes entre as unidades do município, com fugas regulares da instituição. A coordenadora de um SAI nos fala que existe uma “trajetória de institucionalização por abandono”. Embora haja crianças e adolescentes que aderem ao tratamento e ficam bem na instituição, há outros que não conseguem permanecer e retornam às ruas. Esse fato parece ser preocupante para os familiares, já que os riscos são maiores quando essas crianças e jovens estão nas ruas da cidade.

Onde eu moro ele é ameaçado de morte e por isso é até mais o meu desespero se ele fugir [do serviço]. De todas as vezes que ele foi abrigado e fugiu, ele não voltou pra casa, ele voltou pra rua. Eu pensando que ele estava abrigado e ele na rua (...). Uma vez em Jabaquara, uma vez em Santo Amaro, Guilhermino Esperança, Grajaú e agora aqui. Cinco vezes. A partir dos 12 anos. (sra. Luíza, abrigo especial)

O relato de uma promotora, responsável por acompanhar e fiscalizar os serviços de assistência institucional do município de São Paulo, é um desabafo em que são narradas situações ocorridas nos abrigos que evidenciam a alta rotatividade e o despreparo dos profissionais:

O que eu posso dizer com um pouco mais de conhecimento de causa é que dentro das unidades de acolhimento institucional, primeiro é que essa população não permanece. Eles são muitas vezes encaminhados porque estão na rua. Entram num dia, pulam o muro e saem. Quando permanecem, muitas vezes eles tumultuam o ambiente porque estão precisando da droga. Precisam de atendimento específico, mas não tem ninguém da saúde dentro desses equipamentos. Só tem funcionários da assistência social. Eu fui entender como é que funciona e perguntei se o profissional do Caps podia dar um atendimento in loco. Disseram que sim, mas pelo jeito isso não parece que seja uma constante. Tem o atendimento

que o adolescente vai com a equipe do acolhimento até o Caps e tem também a possibilidade dos profissionais do Caps irem até o serviço de acolhimento. Eu nunca ouvi nenhum relato de que isso efetivamente acontecesse. E também não existe um serviço específico de acolhimento. Então, dentro da entidade de abrigo fica o bebezinho de 10 meses que precisa de cuidados específicos, a criança de 4 a 5 anos e o adolescente dependente químico, que às vezes grita, pula o muro e depois volta, acorda todas as crianças durante a madrugada. Os educadores não sabem o que fazer. Eles simplesmente, dentro das entidades, não sabem o que fazer com esse adolescente porque não tem – e aí deveria ter integração com a saúde. E isso não existe. A única coisa que o profissional educador da entidade faz é levar esse adolescente, se conseguir, a um serviço. Levar a um Caps para ser atendido. Como é esse atendimento dentro do Caps, isso eu não saberia te dizer. Eu sei dizer que, pelos resultados, que a gente vê, esses adolescentes pouco ficam nas entidades de abrigo. (promotora)

Todos os depoimentos apresentados, assim como o trabalho de campo das pesquisadoras nesses locais, evidenciam que o número de crianças nessas instituições é muito flutuante e, portanto, diferenças entre dados informados pelos gestores e dados coletados nos serviços podem ter ocorrido em decorrência dessas variações. Essa oscilação é vivenciada também nos serviços de saúde, conforme o relato de uma coordenadora de Caps i.

Tem muita oscilação. Depende muito dos períodos. Por exemplo: essa época do ano a gente começa a se aproximar do verão e tem a questão do final de ano. A molecada dá uma sumida. Uns vão pra praia e passam uma temporada na praia de Santos, Praia Grande, e muitos começam a ficar muito mais na rua porque tem muito mais dinheiro circulando, tem toda a questão do movimento do tráfico, roubo, prostituição. Então, a gente acaba até intensificando muito mais o trabalho de rua do que do serviço. Então, essa oscilação depende também do movimento do território.

Há de fato um consenso entre os estudiosos do tema de que o tratamento para os usuários do crack, especialmente crianças e adolescentes, pode ser eficaz, mas há um alto grau de imprevisibilidade e os índices de abandono são elevados. Para Carlson e colaboradores (2010), os usuários de crack, entre os que utilizam drogas ilícitas, são os que menos procuram ajuda, postergando ao máximo a busca por tratamento, a que em geral recorrem em situações agudas, especialmente na forma de internação, com baixa adesão ambulatorial.

A adesão ao serviço e ao tratamento parece ser uma preocupação central nas instituições visitadas em São Paulo, tanto no início do tratamento quanto no processo terapêutico, pois a ambivalência é um componente perene no comportamento dessa população. Esse é um dos desafios que necessitam ser mais bem compreendidos nessa empreitada, que é a busca por um cuidado adequado para crianças, adolescentes e famílias usuárias do crack em São Paulo e no Brasil.

POTENCIALIDADES E DESAFIOS RELATADOS: UM CAMPO DE FORÇAS

São Paulo dispõe de uma rede com bastante potencial, por ser jovem, interdisciplinar e por estar em pleno crescimento. Seus profissionais reconhecem esse fato:

Existe conhecimento e existe onde se buscar o conhecimento. Na ação mesmo da crackolândia, nós ouvimos profissionais médicos e psicólogos que têm larga experiência no atendimento dessa população. Existe material humano para isso e nós temos grandes universidades. (promotora)

Entretanto, são muitos os desafios trazidos pelos profissionais, que parecem estar fazendo uma catarse no momento que falam sobre as dificuldades encontradas. Destacamos a seguir os principais problemas apontados quanto à rede de assistência a crianças e adolescentes usuários de crack na cidade de São Paulo.

Primeiramente, os profissionais entrevistados mencionaram uma indefinição quanto ao serviço responsável pelo atendimento e dificuldades para o atendimento integrado e contínuo, existindo ainda um “jogo de empurra, empurra”, deixando muitas vezes a criança ou adolescente em território de ninguém. Essas ações parecem refletir a falta de conhecimento da rede de atenção e até a insegurança profissional para lidar com um fenômeno ainda pouco conhecido e debatido.

Não apenas conhecer, mas também garantir a continuidade da rede é outro desafio mencionado, visto que há mudanças de gestão e muitas vezes se perde tudo o que foi conquistado. Há críticas em relação à responsabilidade do Poder Público de construir e manter uma rede, tornando-a uma política de Estado e não políticas de administração de alguns governos. A coordenadora de um serviço da saúde, o Caps i, corrobora essa reflexão:

É uma rede que está crescendo, porque, de quarenta e poucos equipamentos, passou de cem. Então, é uma rede que não pode sofrer dissolução de continuidade em mudanças de gestão, no sentido de que isso seria um prejuízo grande. A rede eu acho que ainda não é suficiente. São Paulo ainda tem um certo déficit de serviços de cuidados.

A necessidade de capacitação da equipe profissional sobre o tema do crack foi outro desafio bastante discutido nas entrevistas. A fala do coordenador de uma equipe de saúde retrata essa preocupação.

Eu acho que a formação continuada do quadro, o processo de parceria e crescimento da rede abriu muito campo para profissionais da saúde que são incorporados pela saúde. Mas isso traz um desafio também. Chega uma hora que você até tem instituições que vão lançando profissionais para esse mercado, mas você vai vendo que começa a ficar mais difícil encontrar profissionais qualificados. Você encontra gente sem experiência. (coordenador de Caps ad)

A dificuldade em obter a adesão ao tratamento, conforme já mencionado anteriormente, é um problema que precisa ser melhor estudado. “Fazer ele querer o tratamento”, na fala de uma conselheira tutelar, é um dos maiores obstáculos a ser enfrentado por todos que atuam na área do consumo de drogas.

Outro ponto bastante atual e pertinente na atual conjuntura da cidade de São Paulo é enfrentar as consequências do tráfico de drogas. Alguns profissionais entrevistados comentam a dificuldade crescente da gestão municipal em lidar com o aumento do tráfico de drogas e com a criminalização: “cada dia que passa parece que mais drogas entram aqui em São Paulo. Qualquer esquina agora é crack”. Essa afirmativa de uma profissional da rede de saúde demonstra um certo receio em relação a uma constatação que parece não estar acompanhada de ações que deem conta desse fenômeno urbano que a cidade vivencia.

E por fim, um desafio que é inerente à condição humana é a angústia desses profissionais de lidar com crianças e adolescentes usuários de crack. Percebe-se que muitas vezes eles falam com pesar e emocionam-se com as histórias de vida desses indivíduos ainda jovens e com suas vidas permeadas por adversidades.

Eu fico muito triste quando eu vejo essas criancinhas chegando aqui com problemas de drogadição. E não é adolescente não, é criança mesmo (...). As mães chegam e falam: “meu filho tem 11 anos e eu

não estou conseguindo lidar com ele. Eu não estou conseguindo”.
Onze anos, é criança. Eu falo: “o que é isso minha senhora? Não
faça isso pelo amor de Deus”. (conselheira tutelar)

Oferecer suporte emocional, teórico e prático a esses profissionais é fundamental para a qualificação dessa rede de atenção a crianças, adolescentes e famílias usuárias de crack. Os profissionais clamam por esse apoio, se não expresso diretamente nas entrevistas, certamente observado nas entrelinhas.

ENCONTROS E DESENCONTROS NA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE CRACK

É importante ressaltar que desde os primeiros registros do aumento do uso do crack na cidade de São Paulo, e de uma forma geral no Brasil, por volta de 1990, assim como no período de realização da pesquisa (entre 2012 até o início de 2014), mudanças têm ocorrido quanto à abordagem aos usuários de crack e outras drogas.

Um dos primeiros trabalhos sobre o uso de crack na cidade de São Paulo, realizado por Ferri e colaboradores (1997), detectou um aumento da procura de tratamento por parte dos usuários entre 1994 e 1997, em dois serviços públicos ambulatoriais para dependentes de drogas. Esse aumento, segundo o estudo, já ressaltava a necessidade de um conhecimento mais amplo das características desse tipo de usuário que permitisse uma abordagem terapêutica mais eficiente. Alguns dados de literatura, desde o início dos anos 1990, indicavam que a aderência desses usuários a programas de tratamento era ainda menor que a de abusadores de cocaína por outra via de administração ou de outras drogas (Raupp & Adorno, 2011). Esse fato confirmou-se especialmente na cidade de São Paulo, ao observarmos variações importantes entre os números oficiais de usuários nos serviços de saúde e assistência social e a quantidade de crianças e adolescentes que realmente estavam em atendimento nos serviços.

Frisamos mais uma vez que os resultados aqui apresentados referem-se a um momento específico vivido pelos serviços municipais que acolhem usuários de drogas. Observamos, no período do levantamento de dados para a pesquisa, um despreparo especialmente por parte de atores da assistência social para lidarem com as questões da saúde, em particular com o fenômeno investigado, o que de certa forma é compreensível, visto a dimensão alcançada pelo problema do consumo do crack na infância e juventude em metrópoles como São Paulo.

Os equipamentos de saúde, por sua vez, demonstraram dificuldade em se aproximar dos abrigos, evidenciando uma importante falta de articulação da rede SUS e da rede de equipamentos da assistência social. Essa questão, conforme mostrada ao longo deste capítulo, ficou bastante nítida na fala dos profissionais entrevistados, que expressam a angústia e a impotência diante problema em foco.

Outra questão que merece destaque é a falta de articulação entre níveis de atendimento primário, secundário e terciário na saúde para a criança/adolescente usuário de crack. Entendemos que essa integração é fundamental para obter resultados mais positivos. Esse mesmo problema também foi evidenciado entre os serviços da própria assistência social, que parecem realizar trabalhos diferenciados e estanques sem interagir com a área da saúde. As ações mostraram ser fundamentadas em conceitos e práticas distintas, fato que dificulta a continuidade e positividade das propostas de atenção e atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias.

A descontinuidade das propostas de abordagem psicossociais aos usuários e suas famílias pareceram ser ocasionadas pelas trocas nas organizações sociais contratadas para executar os serviços, tanto da assistência social quanto da saúde, característica marcante das instituições visitadas no momento da pesquisa.

Torna-se importante registrar aqui os entraves encontrados em identificar as dificuldades e os desafios da abordagem à população investigada, já que muitas vezes nos pareceu ser necessário que os profissionais mostrassem resultados positivos das ações executadas para manter os contratos com as organizações sociais. Algumas vezes, o que foi informado pelo gestor na entrevista formal não correspondia às observações feitas pelas pesquisadoras. Este fato pode mascarar o problema e dificultar que o encaremos de frente.

Destacamos também as lacunas existentes em termos de uma proposta da educação para esta clientela. Apesar de não termos estabelecido contato direto com atores dessa área, percebemos que muito pouco foi relatado pelos profissionais entrevistados no que se refere a ações efetivas na rede pública de educação do município. Pesquisas adicionais são importantes para conhecer melhor as práticas existentes e, principalmente, aprimorar as ações da assistência social, da saúde e da educação.

É fundamental e urgente criar e desenvolver estratégias de trabalho em rede intersetorial. Não basta colocar trabalhadores dos diferentes setores atuando em um mesmo espaço para que a integração efetivamente ocorra. É preciso

haver investimento em projetos de capacitação, estabelecimento de fluxograma acordado entre os setores e integração dos equipamentos sociais disponíveis no município.

São Paulo é o palco da experiência cotidiana de uma grande cidade com atores e movimentos, que são, ao mesmo tempo, produto e produtores de práticas sociais. Nesse sentido, a existência da cracolândia não é fruto do acaso, mas resultado tanto dos processos de crescimento da cidade e da degradação de seu centro, quanto dos rumos das políticas públicas, as quais, por omissão ou ênfase em estratégias equivocadas, não conseguiram lidar adequadamente com a emergência e propagação do uso de crack.

Quando nos aproximamos dos profissionais da rede de acolhimento a crianças, adolescentes e familiares que sofrem as consequências do crack, sentimos um clima de desconforto e medo, aliado ao sentimento de que se trata de algo ainda em formação e experimentação, emperrado por questões políticas e estruturais. Ao mesmo tempo, percebe-se a consciência de que há uma urgência em unificar reflexões e ações para melhorar a qualidade do atendimento.

Ao ficarmos diante dos usuários, não se sustenta a ideia de uma categoria homogênea e capaz de abarcar todos os consumidores de crack. Somente uma análise que considere os indivíduos com suas trajetórias de vida, motivações e experiências; o entendimento dos complexos comportamentos, do contexto no qual a substância é tomada, das cenas de uso, das companhias, dos significados atribuídos ao uso da droga; e a percepção social reinante sobre a droga, será capaz de dar conta dessa realidade complexa.

Ressaltamos que, especialmente no momento da pesquisa, a região da cracolândia era o alvo de projetos e políticas públicas para lidar com o problema da droga, especialmente o crack, algumas vezes reprimindo, outras buscando modificar o espaço urbano, tornando-o menos permeável aos grupos desviantes e mais acessível ao controle social. Além disso, parece estar aumentando a consciência de que ações de expulsão dos usuários de drogas da região central da cidade fazem com que eles se desloquem, criando continuamente novas cracolândias. Sabemos que o problema do consumo do crack em São Paulo não acontece apenas no centro, embora tal realidade tenha ficado mais evidente nos dados apresentados neste capítulo. No entanto, as pesquisadoras puderam observar que todos os olhares das autoridades competentes e consequentemente da própria população da cidade, assim como as políticas públicas nesse campo,

estavam voltadas para o centro urbano, fato que dificultou uma visão mais ampla do consumo do crack e da rede de atenção voltada para infância e adolescência nesse amplo município.

REFERÊNCIAS

- CARLSON, R. G. et al. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio. *Substance Use & Misuse*, 31 (1): 1-7, 2010.
- DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. *Substance Use & Misuse*, 31: 519-527, 1996.
- FERRI, C. P. et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatorios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43(1): 25-28, 1997.
- GUIMARÃES, A. et al. Family aspects of alcohol and drug-dependent in adolescent girls. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2): 69-74, 2009.
- MAGURA, S. & ROSENBLUM, A. Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addictive Behaviors*, 25(1): 177-122, 2000.
- NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F. & NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. *Substance Use & Misuse*, 31(5): 565-579, 1996.
- OLIVEIRA, L. G. & NAPPO, S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4): 664-671, 2008.
- PENNINGS, E. J.; LECCESE, A. P. & WOLFF, F. A. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97(7): 773-783, 2002.
- RAUPP, L. M. & ADORNO, R. C. F. Uso de crack na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Toxicodependências*, 16(2): 29-37, 2010.
- RAUPP, L. M. & ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5): 2.613-2.622, 2011.
- SAMPAIO, M. R. A. & PEREIRA, P. C. X. Habitação em São Paulo. *Estudos Avançados*, 17(48): 167-183, 2003.
- SILVA, S. L. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack, 2000. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.