

8. Curitiba entre o trabalho em rede ideal e o real

Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Vera Lidia Alves de Oliveira
Simone Cortiano

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RIBEIRO, F.M.L., OLIVEIRA, V.L.A., and CORTIANO, S. Curitiba: entre o trabalho em rede ideal e o real. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 277-318. ISBN: 978-85-7541-554-2.
<https://doi.org/10.7476/9788575415542.0010>.



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/).

8

Curitiba: entre o trabalho em rede ideal e o real

Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Vera Lidia Alves de Oliveira
Simone Cortiano

Este capítulo versa sobre o contexto que cerca a vida de crianças e adolescentes usuários de crack em Curitiba, Paraná. Apresentam-se inicialmente alguns dados sobre o crack e a cidade, destacando-se os serviços locais contatados na pesquisa e a metodologia de trabalho adotada. A rede de assistência social e o atendimento a crianças, adolescentes e famílias usuárias de crack são elencados, com destaque para a caracterização e o funcionamento dos Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs). Em seguida, caracterizam-se o perfil das crianças e dos adolescentes usuários de crack inseridos nos serviços da rede de assistência social e de saúde e de suas famílias, bem como a visão dos adolescentes, familiares e gestores da saúde e da assistência social sobre o atendimento oferecido. Ao final, descreve-se a rede de assistência social e de saúde na atenção a este público, salientando-se os seguintes aspectos: atores, papel, fiscalização, avaliação e fluxo de atendimento.

O CRACK E A CIDADE DE CURITIBA

A população de Curitiba, de acordo com Censo de 2010, é de 1.746.896 habitantes (100% urbana), ocupando a sétima posição entre as cidades mais populosas do Brasil. Curitiba é o centro econômico do estado do Paraná e tem o quarto maior produto interno bruto (PIB) do país. A capital paranaense concentra a maior porção da estrutura governamental e de serviços públicos do estado e sedia importantes empresas nos setores de comércio, serviços e financeiro. Além das funções político-administrativas que lhe são próprias,

Curitiba é o mais importante centro de difusão cultural e distribuição de bens e serviços do Paraná, em consequência de seu crescimento demográfico e industrial e, principalmente, do desenvolvimento do sistema viário.

A expansão de Curitiba, a par de transformar a cidade em uma moderna metrópole, acarretou também vários problemas urbanos, como: abastecimento de água insuficiente, diminuição da permeabilidade do solo, alta poluição da maioria de seus rios, esgotamento do aterro municipal, aumento crescente nos índices de criminalidade e de violência, alto índice de moradores de rua na região central da cidade e subdimensionamento da rede de transporte urbano. Há um pronunciado inchaço populacional na cidade, favorecendo a explosão demográfica em bairros afastados e em municípios vizinhos. Tal qual outras grandes cidades brasileiras, tem pronunciados problemas sociais, como a existência de grandes favelas e o expressivo crescimento do contingente de moradores de rua.¹

Em relação ao consumo de crack na cidade, alguns levantamentos têm trazido informações importantes. Os dados levantados na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em 2009, sobre o uso de drogas, como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume e ecstasy, entre escolares do 9º ano do ensino fundamental, evidenciaram que 13,2% dos adolescentes curitibanos já usaram alguma dessas drogas ilícitas, maior prevalência entre as capitais do país. Rapazes foram mais frequentes no uso de drogas ilícitas – 14,3% –, contra 12,1% entre as moças. Estudantes da rede pública apresentaram a maior prevalência de consumo (14,4%), quando comparados com estudantes de escolas privadas (7,3%) (IBGE, 2009).

Levantamento sobre consumo de drogas psicotrópicas realizado em 2009 pela prefeitura municipal de Curitiba, utilizando metodologia similar à do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid), investigou 2.105 estudantes do ensino fundamental da rede municipal e mostrou que 7,3% já haviam tido contato com alguma droga ilícita alguma vez na vida, e 1% com o crack, sendo 0,6% a frequência de uso de crack no último ano antes da pesquisa. A média de idade da primeira experiência com o crack foi de 12,7 anos (Curitiba, 2009). Observou-se redução desse indicador quando comparado com estudo do Cebid de 2004, em que a idade média do primeiro contato com esta droga foi de 13,8 anos (Carlini et al., 2005).

¹ Disponível em: <www.encontraparana.com.br/sobre-curitiba.htm>; <<http://curitiba-bb.blogspot.com.br/2011/10/problemas-urbanos.html>>; <www.guiadoturista.net/parana/curitiba.html>. Acesso em: 20 dez. 2012

Em julho de 2012 a prefeitura de Curitiba lançou o Plano de Desenvolvimento Humano e Enfrentamento às Drogas (Curitiba, 2012), com os seguintes objetivos estratégicos: reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas, reorganizar a estratégia da administração pública municipal e organizar os serviços municipais a fim de atuarem de maneira integrada, articulada e complementar. Nele, apresentou-se um planejamento de atividades em andamento e a serem executadas, contemplando as seguintes áreas: moradia – habitação, urbanismo e iluminação; ensino – investimentos em creches, escolas, cursos e outras atividades; trabalho – cursos profissionalizantes, pró-Jovem, entre outros; programas sociais e de saúde – Família Curitibana e Ônibus Adolescente Saudável, atendimentos à população em situação de rua, 11 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), duas unidades de pronto-socorro, participação de consultores em dependência química em todas as unidades básicas da saúde (UBS), ações de prevenção e promoção nos Núcleos de Apoio em Atenção Primária à Saúde (Naaps), Consultório na Rua, Centros Municipais de Urgências Médicas, Ambulatório Cara Limpa e Semana Antidrogas de Curitiba; programas culturais como o Circuito pela Paz, a mostra de dança nas regionais, os festivais de férias e as olimpíadas escolares.

O Plano de Desenvolvimento Humano e Enfrentamento às Drogas pretendia promover a qualificação profissional na “temática drogas, de forma continuada, buscando estimular o trabalho intersetorial e interdisciplinar” (Curitiba, 2012) e a criação de um Comitê Municipal de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e Reinserção Social de Usuários e Familiares. Esse comitê tinha como objetivo “articular instituições governamentais e não governamentais para efetivação de ações integradas e intersetoriais, no âmbito da prevenção e reinserção social, a fim de realizar o enfrentamento ao uso indevido de drogas” (Curitiba, 2012). Entre os representantes do comitê, estavam as seguintes instituições governamentais: secretarias municipais – Antidrogas, Saúde, Educação, Esporte, Lazer e Juventude, Trabalho e Emprego –, secretarias estaduais – Educação, Saúde, Família e Desenvolvimento Social –, Fundação de Ação Social (FAS), Defesa Social, Ministério Público estadual e Vara da Infância e Juventude. Conselhos regionais de diversas profissões, o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Tutelar e o Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Ensino do Estado do Paraná e vários outros órgãos participavam como entidades não governamentais.

O plano previa a implementação de ações e estratégias na assistência à saúde, como a transformação dos Caps II em Caps III, com funcionamento 24 horas por dia e com vagas de acolhimento noturno para usuários em tratamento, sem condições de retorno ao domicílio (passagem que ocorreu efetivamente em 2012). Previam-se ainda, para 2012, quatro Caps, com 25 vagas; para 2013, dois, com 12 vagas; e até 2015, “mais dois Caps ad, com mais 400 vagas/dia e 12 vagas/24 horas”, além da criação de 80 leitos em enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais em 2012 e 2013. Como metas do plano, incluíam-se a criação de duas unidades de acolhimento voluntário e transitório até 2012 (com 15 vagas para adultos e dez vagas infantojuvenis), a criação de seis novas unidades até 2015 (com 70 vagas novas) e o fortalecimento do Consultório na Rua. Em 2013 seria implantada uma unidade de acolhimento infantil para cobertura de um Caps.

Além das vagas em equipamentos públicos, constava do plano a contratação de vagas em Comunidades Terapêuticas, “para atenção residencial transitória aos usuários de drogas durante o período de tratamento nos Caps”: 232 vagas para adultos e 45 vagas para crianças e adolescentes, representando um aumento de 73% em relação às vagas no momento.

No eixo redução da oferta do plano, pretendia-se aumentar no número de batalhões, de policiais, da vigilância por câmeras, de centrais de monitoramento e de operações integradas entre Polícia Militar, Guarda Municipal, Resgate Social, Vigilância Sanitária e Secretaria de Urbanismo.

Junto com o plano, o prefeito então em exercício lançou, em 2 de julho de 2012, o movimento Liga do Bem que reunia Poder Público, setor privado, forças de segurança, poderes Judiciário e Legislativo, sociedade organizada e famílias. O movimento tinha três grandes eixos: prevenção, cuidado e autoridade, com a participação de todas as secretarias municipais e parceiros, incluindo a “ampliação do atendimento de quatro Caps, transformando-os em Caps III, com atendimento 24 horas e 20 vagas de acolhimento”; a criação de uma “Casa de Acolhimento Transitório, para crianças e adolescentes; permanência do Consultório na Rua; e contratação de vagas em comunidades terapêuticas para adultos, crianças e adolescentes”. Essa estratégia contava com recursos federais e de emendas parlamentares para “um reforço nas ações de prevenção e novas iniciativas, como a criação da Rede Familiar de Prevenção às Drogas/Mães Contra o Crack e amplo trabalho na rede municipal de ensino” (Curitiba, 2012).

Em março de 2015, de acordo com site oficial da Prefeitura de Curitiba, a rede de saúde contava com dez Caps, sendo seis Caps ad (um direcionado para adolescentes), dois Caps II e dois Caps I.²

Segundo a Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba, foi assinado em 25 de março de 2015, pelo prefeito, um decreto vinculando a condução da política sobre drogas à Secretaria Municipal de Saúde (Secretaria da Saúde, 2015b). Essa mudança visava a unificar o trabalho de prevenção ao de assistência e ao desenvolvimento de políticas públicas na área, reforçando a atuação intersetorial. Como parte da reorganização da gestão, está prevista a implementação de uma coordenadoria de populações vulneráveis, envolvendo populações indígenas, usuários de drogas, crianças e adolescentes em situação de rua. Ainda segundo a agência, em 2014, 13.390 pessoas foram atendidas por Caps ad e 976 utilizaram leitos noturnos, “em um total de 9.128 pernoites ao longo de todo o ano passado” (Secretaria da Saúde, 2015b). Em outra matéria, da mesma data, informa-se a implantação de dois serviços específicos para população em situação de rua:

O ônibus Intervidas, que conta com equipes multidisciplinares para realizar abordagens a dependentes químicos em locais públicos, e o trailer do Consultório na Rua, unidade móvel que dará suporte às equipes de saúde para fazer o atendimento à população em situação de rua e prestar atendimento médico e odontológico, além da realização de testes rápidos de HIV/Aids. (Ônibus, 2015a)

COMPOSIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E CUIDADO

Visando a conhecer a rede de atenção e cuidado para crianças, adolescentes e suas famílias em situação de uso de crack na cidade de Curitiba, alguns cuidados metodológicos foram tomados na pesquisa que deu origem a este capítulo, desenvolvida nos anos 2011 e 2012.³ A SMS e a FAS (responsável pela assistência social) apoiaram: 1) a marcação e aplicação de questionários institucionais em 14 SAIs selecionados por amostragem, com finalidade de conhecer sua atuação e organização para atendimento à questão do crack; 2) na visita aos 14 SAIs, quando foram preenchidos 160 questionários com base nos prontuários de crianças,

² Disponível em: <www.curitiba.pr.gov.br/secretarias/equipamentos/saude/10/33>. Acesso em: 24 mar. 2015.

³ No Anexo é possível saber em detalhes os procedimentos metodológicos da pesquisa em foco.

adolescentes com histórico de uso do crack ou dos pais/responsáveis; 3) no agendamento e realização de 15 entrevistas com: cinco adolescentes usuários de crack em serviços de saúde, dois familiares de crianças/adolescentes com histórico de uso de crack residentes em SAI ou frequentando serviço de saúde, representantes de instituições ou órgãos da assistência social (um gestor de SAI e um gestor municipal da FAS), coordenadores de serviços de referência para álcool e drogas (um ambulatorio e um Caps ad), um conselheiro tutelar, um juiz da Vara da Infância e Juventude; um profissional da Secretaria Municipal Antidrogas⁴ e dois gestores da Rede de Instituições de Acolhimento (RIA);⁵ 4) no levantamento da rede de atenção e cuidado a crianças a fim de se esboçar um fluxograma de atendimento na rede.

Em Curitiba, dentre os 14 SAIs públicos municipais e conveniados pesquisados, nenhuma criança ou adolescente usuário de crack foi localizado no momento da coleta, segundo informações do gestor de cada serviço. À época, havia abrigos específicos para crianças e adolescentes usuários de drogas que não integraram a amostra quantitativa da pesquisa. Dessa forma, não se pode considerar a prevalência de usuários de crack acolhidos em SAIs como representativa dos serviços de Curitiba.

A rede local de serviços de atendimento à saúde era composta por 49 UBS, 55 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), oito centros municipais de urgência médica (voltados para situações de urgência e emergência nos casos de surto e/ou fissura e de hospitalização), um Consultório na Rua e um Caps que atende crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas.

O Consultório na Rua atendia de forma multidisciplinar por meio de busca ativa de pessoas em situação de rua, entre elas, usuários de crack. À época do levantamento, o atendimento se dava em uma praça, oferecendo serviços médico, psicológico, de enfermagem e atividades de educação física. O serviço constituía uma porta de entrada para acolhimento nas UBS e no Caps.

O Caps ad i de Curitiba, logo após o trabalho de campo da pesquisa se encerrar (2012), passou a funcionar 24 horas, como um Caps III. Segundo os profissionais

⁴ Mais informações sobre essa secretaria em: <www.antidrogas.curitiba.pr.gov.br/entrada.html>. Acesso em: 8 ago. 2012.

⁵ Mais informações em <<http://rededeacolhimento.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 8 ago. 2012. A RIA tem como objetivos melhorar as condições de atendimento das crianças e dos adolescentes. Articula-se ao Poder Público local para que as políticas públicas sejam postas em prática. Teve início com a junção de dois SAIs em 2006, buscando parceria com o Ministério Público. A partir de 2011, uma agenda com a FAS é construída, aprofundando o debate em torno do direito a convivência familiar e comunitária. No momento do trabalho de campo da pesquisa, a rede estava composta por 22 instituições, que reuniam quase mil vagas de acolhimento.

entrevistados, esse era o único Caps municipal (os demais funcionavam com gestão de organizações não governamentais – ONGs). Para atendimento nessa unidade, a procura era direta, não era necessário o encaminhamento pelas UBS, porém a unidade sempre fazia contato com a unidade da área de moradia do usuário, para que as condições clínicas e sociais fossem acompanhadas em conjunto. As crianças e adolescentes geralmente eram encaminhados pela 1ª Vara da Infância e Juventude, pelo Conselho Tutelar e pela FAS.

O quadro dos serviços de atenção à saúde mental no município era composto de: cinco Caps ad para adultos; dois Caps i e um Caps II (para adultos com transtornos mentais); o ambulatório Cara Limpa, que atende crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas; duas Comunidades Terapêuticas para crianças e adolescentes de 7 a 18 anos que se encontram em vulnerabilidade social e duas para adultos; o Centro de Especialidades Médicas Matriz, que oferece atendimento de retaguarda; dois hospitais psiquiátricos localizados em outros municípios, que atendem casos (também de Curitiba) com comorbidades clínicas e risco de vida; e cinco ambulatórios de saúde mental conveniados com a SMS que realizam matriciamento e atendimento.

O ambulatório Cara Limpa é uma parceria entre a SMS, a FAS e a ONG Núcleo Terapêutico Menossimon. Os encaminhamentos para esse serviço são realizados pelos programas da FAS, pelas UBS, pelo Conselho Tutelar e pela Vara da Infância e Juventude.

Em relação às Comunidades Terapêuticas, havia a Casa de Recuperação Nova Vida (Crenvi), para meninos, e a Casa de Recuperação Água da Vida (Cravi), para meninas. Essas entidades dão retaguarda tanto para o ambulatório Cara Limpa quanto para o Centro Vida. Os encaminhamentos eram realizados pelo Conselho Tutelar e o Juizado.

O mapeamento da área de assistência social, realizado na FAS, indicou os seguintes serviços como porta de entrada para o atendimento: 45 Centros de Referência de Assistência Social (Cras), nove Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) – um por regional –, um Creas para vítimas de violência sexual, dois Creas para população de rua adulta, o Centro de Convivência Criança Quer Futuro e ônibus itinerante voltado à atender crianças e adolescentes em situação de rua.

No que tange aos serviços que servem de retaguarda ao atendimento, existiam a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência; o Programa Família Acolhedora/Família Extensa; 42 SAIs

conveniados voltados para crianças e adolescentes e oito públicos (totalizando 1.200 vagas); duas Comunidades Terapêuticas (já sinalizadas na área da saúde); a Central de Vagas, que regula os encaminhamentos para os acolhimentos institucionais (inclusive os emergenciais), e o programa Família Curitibana. A cidade contava com nove Conselhos Tutelares (um por regional).

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência é uma ação intersetorial e integrada entre a saúde, a educação e a assistência social, entre outras secretarias e instituições não governamentais. Ela trabalha com a notificação e o acompanhamento das situações de violência contra a população infantojuvenil.

O programa Família Acolhedora/Família Extensa voltava-se para casos em que havia a possibilidade de retorno da criança à sua família. Durante a pesquisa de campo, 17 famílias estavam cadastradas para receber uma criança ou grupo de irmãos e 35 crianças/adolescentes acolhidos.

Esse programa atende famílias consideradas em maior vulnerabilidade, acompanhando de perto seus membros em serviços específicos como saúde, educação, habitação, entre outros. Sua avaliação é diversa entre os atores da rede. Para a FAS, ele prioriza as famílias mais vulneráveis, promovendo um acompanhamento de perto das suas necessidades. Para a RIA, essa eleição é falha ao não considerar dois indicadores básicos – uso de drogas e acolhimento institucional. As crianças, adolescentes e famílias atendidas pelos SAIs que compõem a rede, dessa forma, não são contempladas pelo programa.

Outros serviços relevantes para o atendimento à população infantojuvenil usuária de crack e suas famílias eram: a Secretaria Municipal Antidrogas, que atua de forma intersetorial na prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas, na atenção e reinserção de usuários e dependentes, além da formação de uma rede de colaboração social em busca da redução do tráfico, e a Rede de Instituições de Abrigo.

OS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Na Tabela 1 verifica-se que, em nenhum dos 14 serviços participantes do levantamento quantitativo, houve o relato de crianças ou adolescentes usuários de crack e, em apenas dois, registrou-se a presença de adolescentes acolhidos com história de uso de drogas em geral. Ter pais ou responsáveis com histórico de uso de drogas, e de crack em particular, já é um dado mais frequente,

envolvendo crianças (dez SAIs) e adolescentes (seis SAIs), aproximando-se ao padrão nacional (Assis & Farias, 2013). Lembra-se que Curitiba tem abrigos específicos para os acolhidos que usam drogas, que não foram sorteados na amostra que compôs os dados apresentados neste capítulo.

Tabela 1 – Serviços de Acolhimento Institucional que atendem crianças e adolescentes e seus responsáveis com história de uso de crack e outras drogas (N=14 SAIs). Curitiba – dezembro de 2011*

	SAIs que atendem crianças		SAIs que atendem adolescentes	
	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	0	-	2	14,3
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	0	-
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	10	71,4	7	50,0
Responsáveis com história de uso de crack	10	71,4	6	42,9

* Informação dada pelo gestor do serviço.

Na Tabela 2 pode-se verificar que foram localizadas 230 crianças e 67 adolescentes nos 14 SAIs. Apenas dois adolescentes – e nenhuma criança – foram identificados com histórico prévio de usuário de drogas.

São, porém, muitos os responsáveis apontados como usuários de drogas em geral (55,2%) e de crack (50,5%). A relevância do uso familiar de crack nos SAIs está mais evidente entre as crianças (129 famílias) do que entre os adolescentes (21 famílias). Mais da metade das famílias registrou uso tanto de crack quanto de outras drogas. Contudo, não é possível determinar se foi esse uso que ocasionou o acolhimento da criança/adolescente.

Tabela 2 – Uso de crack e drogas em geral por crianças, adolescentes e pais/responsáveis em amostra de Serviços de Acolhimento Institucional. Curitiba – dezembro 2011

	Crianças N=230		Adolescentes N=67		Total N=297	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	0	-	2	3,0	2	0,7
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	0	-	0	-
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	137	59,6	27	40,3	164	55,2
Responsáveis com história de uso de crack	129	56,1	21	31,3	150	50,5

No que se refere à caracterização e ao funcionamento dos 14 SAIs, constataram-se as seguintes particularidades:

1) a maioria atua há muitos anos: 35,7% têm entre 20 e 47 anos de existência; 50% entre 14 e 19 anos; e apenas 14,3% funcionam há quatro anos;

2) metade funciona na modalidade abrigo institucional, e a outra metade como Casa Lar (seis em comunidade e um em aldeia);⁶

3) todos são entidades não governamentais;

4) há ampla variação no número de crianças acolhidas: 2 a 57. Quanto aos adolescentes, esse montante variou entre nenhum, no momento da coleta dos dados, e 22. Há média de 16 (DP=16,9) crianças e de cinco (DP=6,2) adolescentes nos serviços visitados;

5) a maioria relata ter orientação religiosa (57,1%), especialmente evangélica, seguida pela católica;

6) os serviços declararam estar abertos para atender crianças ou adolescentes com as seguintes especificidades: em situação de rua (57,1%), com transtorno mental (35,7%), ameaçados de morte (28,6%) e com doenças infectocontagiosas (14,3%). Nenhum SAI acolhe usuários com problemas com drogas, incluindo o crack, facilitando antever um aspecto que será abordado mais adiante – a definição de serviços específicos para o atendimento dessa clientela;

7) todos têm equipe técnica própria, composta por psicólogo (92,9%) e assistente social (85,7%), e contam com pelo menos um dos seguintes

⁶ Para mais informações sobre esses tipos de serviço, ver Brasil (2009).

profissionais: educadores, administradores, pedagogos, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, advogados, psicopedagogos e técnicos de enfermagem. Também são informadas como equipe “pessoas religiosas” e estagiários (estudantes universitários de diversas áreas), sendo alguns desses profissionais voluntários;

8) em seis unidades houve menção à capacitação de oito profissionais das equipes técnicas; em quatro, de uma pessoa da direção; em três serviços 12 cuidadores foram capacitados, o que representa menos de dois terços dos profissionais que lidam de forma mais próxima com as crianças e adolescentes acolhidos. A coordenação, o “pessoal administrativo” e de serviços gerais não receberam nenhum treinamento sobre crack. Já capacitação sobre drogas em geral mostra um cenário um pouco mais positivo, envolvendo profissionais de várias formações.

PERFIL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK E DE SUAS FAMÍLIAS

Traçamos o perfil das crianças, adolescentes e famílias que participaram da pesquisa, visando a conhecer sua realidade e histórias de vida e refletir sobre os caminhos que os levaram aos serviços de saúde e de assistência e à justiça.

Chamamos os próprios adolescentes inseridos nos SAIs e nos serviços de saúde, bem como suas famílias, para contar, mesmo que brevemente, suas histórias e o envolvimento com o crack. Outra fonte de informações são os prontuários dos acolhidos em SAIs. Também indagamos os órgãos componentes da rede e que lidam diretamente com essa problemática – saúde, FAS, Conselho Tutelar, Justiça, Secretaria Antidrogas, RIA e instituições de acolhimento – sobre suas percepções acerca das causas e consequências do uso/abuso/dependência do crack.

Conforme apresentado na Tabela 2, houve grande prevalência de uso de drogas pelos responsáveis dos acolhidos. Os prontuários permitiram nos aproximar um pouco das histórias desses sujeitos (160 foram localizados):

- 1) 51,3% das crianças e adolescentes eram do sexo masculino;
- 2) a maioria tinha pouca idade (média de 5,1 anos, DP=4,9);
- 3) 58,8% frequentavam a escola. Esse dado varia segundo a faixa etária: um terço dos que deveriam estar na educação infantil (entre 0-5 anos de idade) efetivamente estava na escola, enquanto todos os outros mais velhos estavam

no ensino fundamental e médio. A defasagem série-idade (dois ou mais anos de atraso escolar) foi significativa (30,1%);

4) 20,6% tinham trajetória de rua;

5) 57,5% moraram nos últimos 30 dias (antes do último acolhimento) com alguém com problema com o uso de crack/drogas na época. Nesse subgrupo, 23,9% tinham pelo menos um dos pais/responsáveis sabidamente usuário de crack, segundo os registros institucionais. Duas crianças tinham pais usuários de crack que estavam presos, e uma outra tinha mãe dependente da mesma substância, portadora de Aids e de tuberculose;

6) 22,5% sofriam algum problema de saúde; 0,6% eram portadores de HIV; 5% dos acolhidos tinham algum comportamento agressivo; 5,6%, sinais ansiosos ou depressivos; 4,4%, hiperatividade ou inatenção; 1,3%, transtornos psicóticos. Registraram-se ainda outros problemas de saúde em 15% das crianças e adolescentes: doenças pulmonares (especialmente alérgicas), atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, prematuridade, problemas cardíacos, encoprese, leucemia, cisto no cérebro e deficiência física.

Quanto à situação na justiça, relativa ao acolhimento institucional, a maioria das 160 crianças ou adolescentes tinha procedimento administrativo na Vara da Infância e Juventude (99,4%). Igual percentual tinha informação sobre o uso de crack pelo responsável declarada no prontuário, com a descrição do fato ou dos encaminhamentos realizados, indicando boa qualidade do preenchimento desses documentos oficiais.

Sobre os motivos de ingresso nos SAIs, registrados no Termo de Abrigamento ou outro documento equivalente, grande parte acusava pais ou responsáveis dependentes químicos/alcoolistas, seguido por negligência, situação de rua e abandono. Deve-se contextualizar que tais motivos muitas vezes se superpõem e mesmo se confundem, e que pode haver, para uma mesma criança/adolescente, mais de um motivo alegado. O próprio termo negligência é ceifado de controvérsias e, em geral, reúne uma série de situações díspares. A referência a outras causas não previamente listadas pelo instrumento de coleta exemplifica tal diversidade: “a mãe saía pra balada e deixava os filhos presos em casa”; “fora da escola”, “a mãe fazia a criança roubar” e “cárcere privado”.

Com menos frequência, mencionaram-se também: violência doméstica física e psicológica (9,4%), carência de recursos materiais da família/responsável (6,3%), exploração no trabalho ou mendicância (3,8%), violência doméstica sexual (2,5%), ausência dos pais ou responsáveis por prisão (1,9%), pais ou

responsáveis sem condições para cuidar de criança/adolescente com condições de saúde específicas (1,9%), entrega voluntária da criança/adolescente pela família de origem (1,3%), ameaça de morte (1,3%), ausência dos pais ou responsáveis por doença (0,6%), pais ou responsáveis com deficiência (0,6%), pais ou responsáveis com transtorno mental (problemas psiquiátricos/psicológicos) (0,6%), uso e/ou abuso de substâncias por parte da criança ou adolescente (0,6%).

Em 35,6% dos acolhimentos, o encaminhamento para os SAIs foi feito exclusivamente pelo Poder Judiciário – em 1,3% pelo Conselho Tutelar. Em conjunto, esses órgãos encaminharam 61,9% das crianças e adolescentes. O Ministério Público figura como o segundo a realizar esse procedimento. Casos excepcionais se deveram à solicitação de acolhimento institucional por parte de mães de duas crianças.

Em relação a encaminhamentos realizados pelos serviços, há registro de uma criança que foi dirigida para tratamento de saúde devido ao uso de crack no passado. No que se refere aos responsáveis, 115 (71,9%) foram encaminhados para tratamento de saúde por uso de crack, indicando a preocupação dos SAIs em relação à saúde mental de grande parte daqueles identificados como usuários e/ou dependentes. Contudo, reitera-se que a orientação e o encaminhamento dados aos pais não são acompanhados de medidas que garantam o atendimento, e que não há troca de informações sistemática entre os serviços para avaliar modificações porventura existentes na rede familiar.

Ao examinar a situação legal das 160 crianças e adolescentes acolhidos com pais ou responsáveis com histórico de uso de crack, boa parte estava em fase de avaliação/preparação para reintegração/retorno ao convívio com familiares/responsáveis (30%). Percentual significativo de acolhidos tinha poder familiar suspenso (29,4%); 14,4% estavam em processo de destituição do poder familiar; 10%, em processo de guarda/tutela em tramitação; 16,9% estavam destituídos do poder familiar – o que os colocava aptos para adoção; 17,5% estavam legalmente encaminhados para adoção e 6,3% estavam em processo de colocação em adoção (iniciando ou iniciada a aproximação com adotantes).

Nenhum adolescente cumpria medida socioeducativa nos SAIs pesquisados. Do total de crianças e adolescentes, 20,7% já haviam sido abrigados anteriormente em outros serviços, seja na mesma unidade (0,6%), em outro SAI (18,8%) ou em mais de um SAI (1,3%).

Acerca do local de moradia das famílias de origem ou do principal responsável pela criança/adolescente, a maioria (91,9%) residia no mesmo município no qual o acolhido estava vivendo. Apesar disso, apenas 40% mantinham vínculo com a família; 36,9% estavam sem vínculo e 23,1% tinham impedimento judicial de manter contato com a família. Um total de 39,4% recebia visitas da mãe (28,1%) no SAI, seguido da avó (11,9%), pai (7,5%), irmãos e irmãs (5,6%), outros parentes (8,1%) e outras pessoas (0,6%).

Para melhor compreensão do perfil da população aqui investigada, foram feitas entrevistas com duas famílias e cinco adolescentes, indagando-se a respeito dos motivos, sentimentos e consequências do uso do crack sobre as crianças/adolescentes e sobre seu universo familiar.

A primeira entrevista com familiares foi realizada em um SAI específico para usuários de substâncias psicoativas, visitado exclusivamente com esse fim. A família era composta por mãe usuária, com histórico de atendimento à saúde e de prisão em decorrência do envolvimento com o comércio da droga. Ela tinha uma filha de 25 anos, com histórico similar ao seu e que estava presa no momento da pesquisa, e dois filhos adolescentes institucionalizados em serviços de acolhimento – uma menina de 12 e um menino de 16 anos. Os filhos acolhidos frequentavam serviços de saúde e a mãe, que estava procurando regularizar sua vida a fim de reunir a família, os visitava regularmente. A filha mais velha tinha três filhos, de cerca de 1, 2 e 4 anos: “Também estão todos pelo Conselho [Tutelar] por causa dessa droga”. Um morava com uma tia materna, um com a cunhada e um com um vizinho. Com um dos netos, que residia mais próximo, ela tinha contato diário. Ele não ficava com a avó “pelo problema da maldita droga”.

Segundo essa senhora, toda a família tem “problemas” com o crack. Quanto a seu uso, ela o relacionava ao assassinato do marido, há dez anos. A partir desse momento, ficou “perdida” e começou a utilizar maconha e crack. Em seguida, sua filha mais velha começou também a usar e, “quando deu por si”, seu filho estava também usando. Ela relata que foi presa, estando, no momento da entrevista, em liberdade há quatro meses. Apenas quando saiu da prisão soube que a filha mais nova também usava drogas. No momento, a mãe morava com irmão, pois a polícia havia colocado fogo em sua casa.

Ela conta que foi presa por causa da venda do crack. Sua filha mais velha começou a vender dentro de casa e, apesar de ter sido contra, os traficantes “tomaram conta da casa”. Relata que havia a prática de pagar aos policiais para

que o comércio continuasse funcionando. Contudo, a partir de uma denúncia anônima, outros policiais, que “não se trocam por dinheiro”, que são “polícia de verdade”, chegaram à casa e a prenderam junto com a filha mais velha.

Em decorrência do uso, essa mãe relata ter “perdido tudo” e que sua família nunca mais foi unida, sempre “um aqui, um ali, um aqui, um ali, é horrível”. Ela comenta ainda que a família fica mal vista por todos. O restante da família também sofre “porque quer dar conselho, sempre quer ver o bem da gente e a gente não escuta”.

Seu filho foi apreendido com pedra de crack, mas não chegou a ficar preso. Sua filha pediu ajuda a uma vizinha para ser “internada” e esta ajudou também a “internar” o rapaz. Nesse momento, a mãe já estava presa. Depois da prisão da mãe até o momento em que foram institucionalizados em SAIs, seus dois filhos ficaram sozinhos na própria casa, onde continuava a venda de drogas. Depois mudaram-se para outro local em que também era comercializado o crack e, em seguida, ficaram na rua.

O adolescente membro dessa família estava, no momento da pesquisa, acolhido em SAI. Esse acolhimento se deu, em sua visão, pelo envolvimento com o crack. Havia um mandato de busca para ele, para responder por tráfico. Para não ser preso, optou por ir para o SAI. Ele cumpria a medida socioeducativa de liberdade assistida.

Ele reitera o uso da droga pela família – a mãe e duas irmãs. Diz que essa prática “acabava” com eles, que “ficavam vagando” e que quase morreu de overdose por duas vezes. Por causa do crack “perdeu todo mundo”, referindo-se aos parentes: “não gostam de ficar conversando com quem é usuário de crack, pensam que vai roubar. Você não pode entrar na casa que já ficam de olho, é ruim”.

Segundo o jovem, o uso do crack deveu-se à influência de amigos. Entre as consequências na saúde, mencionou ter ficado muito magro. Além do SAI, o adolescente frequentava serviço de saúde e planejava voltar a estudar no ano seguinte.

A filha adolescente, da mesma forma, estava acolhida em SAI e frequentava serviço de saúde, reiterando o uso de crack pela família, o que trouxe “só coisa ruim”, “humilhação, traição, falsidade”. Relata que não conseguia comer e que passava muito mal.

A segunda família entrevistada na pesquisa era composta pela mãe (sem histórico de uso da droga), por seu marido e três filhos, de 23, 17 e 15 anos. Os

filhos mais novos – uma moça e um rapaz – tinham histórico de uso de crack. Ambos residiam com ela, mas já tinham vivência de rua. A filha frequentava serviço de saúde, mas o filho não.

De acordo com essa mãe, foram as “más companhias” da escola que os levaram ao uso. A filha chegou a ficar doente e foi internada por cerca de 15 dias, em duas instituições, sendo uma em outra cidade. Ela relata que seu filho lhe dissera, na véspera do dia em que a entrevista foi realizada, que queria ser também internado, não pelo uso de crack, mas pelo de maconha.

A respeito das consequências do uso do crack na vida dos filhos, a mãe comentou que sua filha ficava por vezes uma semana na rua e que, “quando chegava, não dava coragem nem de olhar, eu tinha até nojo”. Pediu ajuda ao Conselho Tutelar e foi orientada a pegar a filha quando esta fosse em casa, e levá-la “para o 24 horas” [hospital]. Foi em um desses momentos que a mãe internou a filha. Na época da entrevista, a jovem fazia acompanhamento em serviço de saúde e havia “melhorado muito; ela disse que tem nojo até do cheiro de crack”. Também por causa do uso, da situação de rua e da internação, a adolescente parou de estudar e a mãe programava seu retorno à escola para o ano seguinte. Outra grave consequência percebida pela mãe é o baixo peso da adolescente, o que pode estar associado ainda a seu atraso em começar a menstruar, com 15 anos.

Segundo a própria adolescente, uma das consequências do uso de drogas foi a saída da escola, em decorrência do consumo de maconha, anterior ao crack. Quando começou a usá-lo, contudo, passou a andar na rua, o que causava muito sofrimento à mãe. Após a internação afirma estar melhor, fazendo apenas o acompanhamento no serviço de saúde, diariamente. Essa frequência a ajuda muito, ocupando-a com atividades como oficinas, conversas com o psicólogo e com o psiquiatra, entre outras. Ela planejava, para o ano seguinte, cursar ensino supletivo e trabalhar, o que vinha sendo providenciado pelo Conselho Tutelar. Seu desejo era ser advogada.

Quanto ao uso de crack, relatou que começou com pessoas perto de casa e que se a mãe não a tivesse internado, iria morrer. Iniciou o uso com 14 anos e o de maconha com 12, junto com o irmão. A adolescente acredita que a curiosidade a levou a querer usar drogas. O namorado, que era traficante, lhe dava o crack que fumava apenas à noite. Contudo, quando ele morreu, a jovem “se acabou” e passou a fumar o dia inteiro; “daí que eu vi que estava drogada mesmo. Eu tinha que fumar, tinha”.

Quanto aos efeitos do uso em sua vida, além da questão do peso, contou que queria apenas ficar na rua, permanecendo fora de casa por dias; “só queria saber de usar droga”. A adolescente passou a vender seus pertences para poder comprar a droga, chegando a ficar sem nada.

Outros dois adolescentes foram entrevistados sem suas famílias: uma menina e um menino. A primeira tinha 13 anos e estava em tratamento em serviço de saúde. Frequentava o 5º ano escolar e morava com a mãe. Segundo ela própria, o começo do uso da droga deu-se na escola, por curiosidade. Não tinha percebido ainda nenhum efeito do uso do crack: “Nada, tipo, parecia que era a mesma coisa. Normal”. Sua inserção no serviço de saúde motivou-se pela descoberta do uso por sua mãe; no momento da pesquisa, a adolescente frequentava o local diariamente.

O adolescente estava inserido em SAI. Trabalhava com venda de produtos de limpeza e fazia um curso. Havia parado de estudar antes do acolhimento para trabalhar e planejava uma nova ocupação para o ano seguinte. Sua entrada no serviço deu-se por procura própria: “estava feia a situação pro meu lado”, pois estava fumando muita droga e bebendo muito. Procurando o Conselho Tutelar, o órgão entrou em contato com a mãe, que “assinou um papel” e o encaminhou para o serviço. O local em que morava anteriormente com a mãe tinha “muita droga, muito roubo”. “Não estava dando certo para mim, eu vi que eu estava morrendo de uma hora assim, quase todo mundo querendo me pegar, por causa do tráfico. Aí eu parei, fugi, fui buscar ajuda e hoje eu estou aqui”.

Ele crê que brigas com parentes e a vivência na rua o levaram a usar o crack e daí passou para outras drogas, como a bebida. O envolvimento com a droga, em sua avaliação, “só leva você pra baixo, nunca tem dinheiro, perde amizade de amigo, de parente, de familiar mesmo, por causa do crack”. Todos os seus amigos “morreram por causa do crack”, o que o motivou a procurar ajuda, além dos apelos da mãe.

Uma das consequências em sua saúde foi a perda de peso e a falta de disposição: “Estou mais forte para correr, mais alegre, mais com ânimo. Não tinha nem ânimo, vivia trancado dentro de casa. Até o meu peito tinha uma tosse de tanta, tanta droga”.

Intercorrências no processo de desenvolvimento físico, mental e social de crianças e adolescentes usuários de crack são descritas por Gund (2011), em estudo sobre o atendimento prestado em Cascavel, Paraná, a esses sujeitos. A autora destaca impactos fisiológicos, relacionados a atos ilícitos e à

prostituição como formas de ter acesso à droga, além dos homicídios de usuários em decorrência de conflitos.

A seguir são apresentadas as visões dos responsáveis por serviços que atendem a população em foco: SAIs, RIA, Conselho Tutelar, FAS, ambulatório, Caps ad i e Secretaria Municipal Antidrogas.

Em relação às causas relacionadas ao uso do crack, aparece sobremaneira o tema da desagregação familiar. Para o gestor da Secretaria Municipal Antidrogas, a “degradação social”, causada pela mudança de modelos e por dificuldades em lidar com novas formas de organização, estaria ligada à “ansiedade, que alguns descarregam nas drogas”.

Esse novo modelo de família que a gente criou, que o pai e a mãe saem cedo para trabalhar, deixam o filho na creche, voltam à noite e pegam o filho dormindo. No outro dia entregam o filho dormindo. Quebrou um pouco o vínculo e a gente ainda não aprendeu a lidar com esse modelo novo. Está todo mundo procurando uma saída. Os jovens e adolescentes, eu acho que eles se ressentem um pouco disso também, daquele elo familiar. Eu acho que ele se sente um pouco perdido. E às vezes, acaba se apegando em outros exemplos que não são os ideais.

A juíza da Infância e Juventude, por sua vez, atribui à “desestrutura familiar” vivida pelas crianças e adolescentes, à falta de perspectiva e ao “querer ter as coisas e não poder”. Os pais, segundo a magistrada, são pessoas que “não tem noção do que é ter filho, da necessidade de criar, de educar um filho, de manter longe da rua, de ter paciência pra sentar, pra conversar”. Estabelece-se, assim, uma situação em que “você [os pais] não controla, ninguém controla”.

Um dos serviços de saúde, referência no tratamento de álcool e outras drogas, também destacou a “questão familiar” – falta de acompanhamento dos pais e perda de valores – e a influência do grupo de amigos e do local de moradia. O segundo serviço, da mesma forma, reforça a ideia da falta de “estrutura” – envolvimento dos pais com drogas e falta de limites – e o uso como fuga de problemas em casa e na escola. Foi mencionado ainda “o ganho de dinheiro no tráfico”, mais fácil em comparação com outras oportunidades de trabalho. Segundo a conselheira tutelar, o tráfico, muitas vezes, oferta “algo que elas [as crianças] nunca viram, oferta poder”.

Outro ponto de destaque nas falas dos participantes foi o uso de várias drogas que serviriam, também, como porta de entrada para o crack, como o álcool e o cigarro, aceitos socialmente e cujo uso é banalizado. No caso daqueles

em situação de rua, há também prevalência de uso de “cheirinho” (solventes), segundo a representante do SAI.

Questões individuais são também associadas às causas de uso do crack. A gestora de um SAI cita a curiosidade, “saber qual é a pira”, “qual é o toque”; e um profissional de serviço de saúde comenta sobre o uso de álcool para enfrentar a timidez.

Outra causa mencionada é a ineficácia das políticas públicas. A juíza da Infância e Juventude reflete sobre a falta de oferta de escola em tempo integral, de creches e de pré-escola, o que deixa muitas crianças expostas; já os gestores da RIA destacam o descaso do Poder Público com as comunidades, que estariam “abandonadas”, sem investimentos na área social, “principalmente no que diz respeito à prevenção”.

Limpo a população de rua. Colocam em programas como Criança Quer Futuro, mas não tem uma proposta pedagógica consistente. Encaminham para instituição de acolhimento, para o outro, para o outro, repasso a sociedade civil por esse acolhimento e isento, limpo a cidade. (gestor – RIA)

O crack contribuiria para uma invisibilidade da questão drogas, uma vez que as crianças e adolescentes ficam “enfurnadas dentro da favela” e “não conseguem nem transitar até o centro, de tão grave que é a dependência”. Essa situação dá a impressão de que “a cidade está conseguindo cumprir com o seu papel”.

Os entrevistados da RIA têm um olhar crítico em relação aos órgãos da rede e avaliam como as próprias instituições de acolhimento, em especial as não governamentais, acabam por colaborar para essa invisibilidade a que estão sujeitas as famílias. O problema estaria em toda a rede de atendimento, implicando “uma série de violações de direitos que o nosso sistema está cometendo e aparecem na ponta”.

Também a conselheira tutelar destaca a responsabilidade das autoridades sobre a falta de oportunidades para os jovens, como a própria escola – que deveria abordar a temática das drogas “desde o primário” – e a criminalização dos que, em sua avaliação, são em realidade as vítimas. Faltam programas que acolham e acompanhem os jovens e equipamentos sociais, como os de lazer, creches, entre outros.

A percepção sobre as consequências do uso/abuso/dependência do crack, expressa nos discursos dos participantes envolve múltiplos setores da vida dos

sujeitos: debilitação da saúde, problemas físicos e mentais; perda dos vínculos sociais e de convívio com a família; prejuízos à educação; prostituição; furtos, envolvimento com o tráfico e assassinatos por brigas ou dívidas; situação de rua; agravamento da desestruturação familiar.

A falta de perspectiva de vida e o encaminhamento para adoção foram também lembrados pela juíza. Segundo ela, a maioria dos casos de crianças abrigadas no município deve-se ao uso de drogas dos pais, e há uma grande dificuldade em trabalhar com esses pais para que passem a “aceitar o tratamento”.

A própria situação de acolhimento institucional foi mencionada como uma consequência, segundo o SAI e o Juizado. Quando a família é também usuária, a situação é ainda mais dramática, pois deveria ser ela a cuidadora: “O uso pela família quebra todas as regras de papéis (...) essa própria família, muitas vezes, manda esse adolescente para prostituição para prover o dinheiro do crack, ou para venda” (juíza).

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

Em Curitiba, existem dois serviços referência em saúde mental para o cuidado a crianças/adolescentes usuários de álcool e outras drogas, incluindo, o crack. Além de ouvir seus coordenadores, perguntamos aos adolescentes a respeito do atendimento à sua saúde e do cuidado ao uso/abuso/dependência do crack. No total, cinco adolescentes foram entrevistados. Duas famílias entrevistadas transitavam pelas várias instituições da rede pública: uma mãe relata ter dois filhos em atendimento tanto em SAI quanto em serviço de saúde; ela própria e outra filha mais velha – ambas usuárias de crack – passaram pelo sistema de justiça por conta do uso e venda de drogas. Outra família tinha uma adolescente em serviço de saúde, e um outro filho tinha histórico de passagem por vários serviços, entre eles, o de saúde.

Entendendo que o cuidado à saúde e, especialmente, ao uso de drogas como o crack, se dá de forma multidisciplinar e intersetorial, indagamos às mães dos adolescentes a respeito do acesso a serviços de saúde, assistência social, educação e outros.

Perguntamos às famílias o que consideravam que um bom serviço de cuidado às drogas deveria promover, objetivando identificar o que poderia qualificar um

serviço e a adesão a uma proposta de tratamento. Dessa forma, interessava saber o que os usuários dos serviços consideravam importante para seu tratamento.

A visão das mães em relação aos serviços nem sempre coincide. O Conselho Tutelar foi qualificado por uma mãe como atuante, “aconselhando” e “exigindo matrícula escolar”. A segunda, entretanto, o classificou, como ineficiente afirmando que ele não ajudou em seu caso, mas sim a FAS, o Cras e o Creas. A filha adolescente passou por um período nas ruas, e o pedido da mãe para que o conselho ajudasse a buscá-la não foi atendido; “a senhora tem que ir atrás, tem que achar ela e trazer aqui, senão eu não posso fazer nada”. No momento da entrevista a jovem já havia sido localizada e internada, e a mãe não havia avisado ao conselho, que também não teria buscado informações sobre o caso. Para outro adolescente da família, o Creas estava atuando na aplicação de medida socioeducativa e o Cras providenciando atendimento médico. Quanto ao atendimento à saúde da adolescente, a família citou o hospital e o Caps. Além de instituições públicas, foram mencionadas outras, como igrejas, que ajudam no processo de combate ao abuso e/ou adição ao crack.

Como ponto importante de um bom serviço, foi citada a proximidade da residência, considerando-se as dificuldades com gastos de deslocamento. Uma entrevistada conta que em seu município não havia hospital para internação da filha adolescente e que, por esse motivo, teve que deixar seu emprego para acompanhá-la em outra cidade. Ainda assim, o hospital não era específico para o tipo de tratamento necessário.

A visão dos adolescentes a respeito de sua trajetória de vida e do acesso às políticas públicas, antes e durante o uso do crack, evidencia os inúmeros momentos de utilização da rede de serviços. Perguntamos a respeito do acesso aos serviços de saúde, durante a vida e em relação ao atendimento à questão do uso/abuso/dependência do crack, levantando as instituições com as quais podiam contar.

Os cinco adolescentes entrevistados já haviam sido atendidos em hospital, posto de saúde, Caps, Cras e Conselho Tutelar. Uma adolescente criticou o hospital onde fora atendida por não ser direcionado a seu perfil, concluindo que faltam hospitais para tratar usuários de drogas. Entretanto, qualificou positivamente sua internação: “Dez dias lá e eu não quis mais usar [o crack]. (...) Me ajudou bastante”.

Um adolescente acolhido em SAI relatou que o próprio serviço realizou encaminhamento para tratamento de saúde e para um curso. Outro adolescente

contou que fora encaminhado para uma “chácara” [Comunidade Terapêutica], mas que não conseguiu ficar e fugiu, indo morar na rua.

Em relação ao que um bom serviço deveria ter, foram citados: “remédios que façam não pensar no crack”; possibilidade de serem acompanhados pela família; profissionais acolhedores e pacientes; oferta de cursos e outras atividades. Um adolescente contou que, no SAI em que estava, havia liberdade de ir e vir, contanto que avisasse o diretor e que isso o fazia gostar do local, e que o mesmo tinha paciência para lidar com os acolhidos. “A primeira coisa, que tem gente que não tem paciência, e tem que ter paciência com quem usa crack, porque estressa, fica nervoso, daí pode fazer coisa (...) tem gente que não tem calma.” De forma geral, os adolescentes mostraram estar satisfeitos com os atendimentos providos nos serviços de saúde e de assistência social frequentados.

Neiva-Silva (2008), investigando o tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas em situação de rua, destaca que os serviços de saúde estão distantes dessa população e que há uma lacuna entre demanda por tratamento e acesso a serviços. O autor afirma que é necessário criar políticas públicas de saúde direcionadas à população de rua e investir na manutenção dos vínculos familiares. É importante garantir o acompanhamento para além dos momentos de tratamento, promovendo apoio à criança e ao adolescente, o que era desconsiderado em muitos programas.

Um bom exemplo é o investimento em escolas e instituições, ambas de caráter aberto, que acolham adequadamente a população de crianças e adolescentes em situação de rua, possibilitando a realização de atividades ocupacionais, educativas e de lazer, contribuindo assim para a diminuição da probabilidade do abuso de drogas por esta população. (Neiva-Silva, 2008: 189)

A respeito do tratamento do adolescente usuário de drogas, Marques e Cruz (2000: 33) destacam “a importância do sistema familiar nas intervenções para prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas”. As famílias devem estar envolvidas no tratamento e informadas dos riscos relacionados à saúde do adolescente.

Segundo os autores, com base em um levantamento de estudos de metanálise que reuniu mais de 400 tipos de tratamentos direcionados a adolescentes, a escolha do tipo de intervenção depende de uma série de fatores, entre eles, a disponibilidade do tratamento mais adequado, a proximidade à residência, a

compatibilidade com a situação socioeconômica, a motivação, a seriedade do estado de abuso/dependência e o tipo/frequência de uso da droga. Cerca de 80% dos adolescentes são tratados em regime ambulatorial, com abordagens e modelos teóricos variados e, independentemente do modelo utilizado,

o tratamento deve estar estruturado em três níveis: o desenvolvimento global do adolescente; a modificação do comportamento de uso de álcool ou drogas e a resolução dos problemas associados, além do reajuste familiar, social e ambiental. (Marques & Cruz, 2000: 34)

Os autores destacam ainda que resultados de estudos sobre a efetividade do tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas são ainda “pouco animadores”,

a recaída, o desejo pela droga (a “fissura”), o pouco envolvimento nas tarefas escolares ou no trabalho, o lazer insatisfatório, a polidependência, o início de uso do álcool muito cedo na vida, as alterações de comportamento e o envolvimento criminal são fatores que contribuem para tornar o tratamento menos efetivo. (Marques & Cruz, 2000: 34)

A visão dos gestores da FAS e dos serviços de saúde é mostrada a seguir.

A FAS, órgão gestor da prefeitura de Curitiba que coordena as ações e políticas na área, não atende diretamente a população, mas sim os Cras e Creas. A gestora menciona a realização de atividades e parcerias no local de moradia das famílias entre o órgão e as secretarias municipais de Educação, Saúde e Antidrogas. É sua atribuição fiscalizar os SAIs (para isso conta com equipes itinerantes) e administrar as vagas, por meio da Central de Vagas. Na FAS há uma pedagoga, mas faltam uma psicóloga e uma assistente social para atuar na fiscalização e comunicação com os serviços acompanhados pela fundação.

No momento da pesquisa, a maioria dos serviços de saúde mental de Curitiba era gerida por ONGs, em parceria com a SMS. Os serviços participantes da pesquisa eram responsáveis pelo atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas. Em um deles, municipalizado, todos os funcionários eram concursados. Integravam a equipe três psiquiatras, uma pediatra, cinco psicólogas, duas assistentes sociais, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um sociólogo, dois agentes administrativos, dois educadores sociais e estagiários de psicologia. Sua coordenadora era assistente social e a autoridade sanitária, psicólogo. Todos os pacientes eram atendidos por esse conjunto de profissionais, que montava os projetos terapêuticos a partir

de atendimentos individuais e coletivos. Além desses profissionais, a instituição teve, cerca de três anos antes da pesquisa, instrutores conveniados em oficinas de break, o que, segundo a coordenadora, tinha grande sucesso e adesão dos pacientes.

A segunda instituição de saúde pesquisada era uma ONG cuja equipe era formada de três psicólogos, dois psiquiatras, duas pedagogas, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes sociais, um educador social, pessoal de recepção e uma pessoa voluntária de uma igreja evangélica. Essa ONG mantinha cinco convênios com a SMS, entre ambulatórios, Caps e Residências Terapêuticas. Todos os profissionais eram contratados pela organização.

Quanto aos serviços frequentados pelas crianças e adolescentes, foram citados Cras e Creas, Conselho Tutelar, escolas, o programa Comunidade Escola,⁷ Sesi e Senai para cursos, o programa Menor Aprendiz e instituições não governamentais, como a Rede Esperança – uma “associação de inspiração cristã”⁸ e a instituição Fagundes Junqueira, uma escola ligada à rede espírita.

Gund (2011) descreve que a maior parte dos profissionais por ela entrevistados em sua pesquisa afirma que o tratamento do crack não tem diferenças significativas em relação aos de outras substâncias psicoativas. No entanto, alguns identificam características específicas que intervêm no processo de cuidado, como o comprometimento e a debilitação causadas pelo crack e o difícil processo de abstinência. Por isso, um dos primeiros encaminhamentos deveria ser a internação para desintoxicação, seguida pelo uso de medicação.

Em relação aos adolescentes, há desafios decorrentes de sua fase de desenvolvimento, em que “certos comportamentos considerados normais são amplificados” (Gund, 2011: 143). Outro problema é não voluntariedade do tratamento, que vem acompanhada pela não percepção dos danos do uso/abuso/dependência da droga. Além disso, em decorrência da “curiosidade, tendência à experimentação e falta de perspectiva de tempo” do jovem (Gund, 2011: 146), o trabalho deve ter foco nos aspectos negativos da droga.

Gund (2011) classifica as estratégias utilizadas no tratamento em três categorias: família, meio social e individual. Tratar a família, independente da adesão da criança e do adolescente, demonstrou ser eficaz na questão da codependência e na mudança da estrutura familiar. Na segunda categoria foram

⁷ O Comunidade Escola é um programa da Secretaria Municipal da Educação em parceria com ONGs que proporciona o funcionamento de escolas nos fins de semana com atividades de lazer, ações socioeducativas, profissionalizantes etc. para a comunidade em geral.

⁸ Disponível em: <www.redeesperanca.org.br/quem.htm>. Acesso em: 12 ago. 2012.

apontados o trabalho em rede intersetorial, como a inserção em programas e projetos diversos e em atividades que gerem renda, a internação e a retirada do usuário de seu meio. No terceiro grupo de estratégias, a autora comenta o favorecimento de atividades positivas e produtivas, como a inserção na escola, em cursos e no mercado de trabalho. De acordo com os entrevistados, situações que trazem mudanças na vida dos adolescentes se relacionam positivamente ao sucesso do tratamento (como relacionamento afetivo, emprego, mudança de bairro), pois há mudança de perspectiva, de projeto e de sentido de vida.

Perguntamos aos profissionais participantes da pesquisa a respeito dos desafios e limites do trabalho desenvolvido por eles. Foi mencionada a questão da referência e contrarreferência, isto é, a comunicação entre os serviços e o fluxo de encaminhamento. Há dificuldades também na circulação de informações sobre os usuários, os resultados das intervenções e a resolutividade dos casos. Constatam falta de diálogo e de interação entre os diferentes órgãos da rede e fragilidade no acompanhamento pós-atendimento.

Segundo alguns profissionais, o fluxo de atendimento precisa ser rediscutido: o usuário é avaliado no Caps ad e, havendo necessidade, é encaminhado ao hospital; ao receber alta, retorna ao Caps. Se houver necessidade de outra internação, novo contato é feito com o Caps. Esse fluxo, no entanto, nem sempre é seguido, como no caso de determinação judicial de tratamento, quando o usuário é encaminhado para internação sem passar pelo Caps. A própria internação foi identificada como um nó, uma vez que vagas em Comunidades Terapêuticas são pagas, ou provenientes de convênios com alguns municípios que as gerem por meio de uma central. Para utilização de vagas pela central, necessita-se de determinação judicial e anuência do usuário.

Vários outros desafios foram citados: os encaminhamentos são realizados de acordo com a disponibilidade das ações, e não com a necessidade dos sujeitos; é preciso ampliar a atenção básica em saúde e os serviços de saúde mental para adultos, crianças e adolescentes, bem como investir na infraestrutura física e de pessoal dos serviços; falta conhecimento da população em geral, e dos trabalhadores, acerca dos serviços locais; há dificuldades de acesso aos serviços, por fatores como transporte e distância das residências; há limites na disponibilização de medicamentos necessários ao tratamento; há permanência de uma concepção moral da dependência e de preconceito entre os próprios profissionais e carência de debates sobre drogas e de circulação de informações sobre o tema.

Entre os desafios, mencionou-se ainda a falta de: investimentos na prevenção, no acompanhamento pós-tratamento e no preparo dos profissionais; apoio dos gestores dos serviços que precisam lidar com interesses políticos que se manifestam no pequeno repasse de verbas para a área; ações de combate ao tráfico e de enfrentamento às drogas por parte do Estado; pesquisas e levantamentos sobre a demanda que chega aos serviços e sobre o público atendido.

FUNCIONAMENTO DA REDE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE

Neste item serão apresentados o papel de cada setor, os principais desafios e a avaliação que os entrevistados fazem de sua atuação. Por fim, é trazido o fluxo de atendimento na rede, elaborado com base nos dados levantados ao longo da pesquisa no município.

O papel institucional

A atuação da Secretaria Municipal Antidrogas, de acordo com o seu secretário, centra-se na prevenção, atuando com base em “três eixos: repressão, recuperação e reinserção”. No momento da pesquisa, havia nove programas em andamento, “voltados à prevenção ao uso de drogas e também ao esclarecimento e à capacitação das famílias para enfrentar esse problema”, destinados a todas as faixas etárias.

As atividades são desenvolvidas em parceria com outros órgãos, como as polícias Civil, Militar e Federal, a SMS e a FAS. O objetivo de prevenção é buscado por meio da informação, do conhecimento, da ocupação dos jovens e da formação profissional, por isso o caráter multisetorial. Campanhas e atividades de formação de multiplicadores contam com o apoio de universidades, escolas, movimento de escoteiros, igrejas, torcidas organizadas de futebol, exército brasileiro e aeronáutica, entre outros serviços. Com a torcida organizada do time de futebol local, havia uma parceria para encaminhar para tratamento torcedores dependentes químicos, custeado com verbas da torcida.

Quanto à rede municipal, foi destacada a parceria com a saúde e a assistência social e a organização de uma rede de Comunidades Terapêuticas, em que a Prefeitura subsidia vagas para a população mais carente. O ponto de partida é o setor Saúde, por meio dos Caps, que avalia a indicação de internação em

Comunidade Terapêutica ou em hospital geral para desintoxicação, ou de tratamento ambulatorial.

O secretário municipal Antidrogas destaca que até pouco tempo as Comunidades Terapêuticas não eram reconhecidas pelo Poder Público. Esta secretaria, em parceria com a SMS e a FAS, vinha fazendo uma “triagem para saber quais tinham melhores condições, tinham uma estrutura melhor de atendimento e aquilo que não se adequava às normas, a gente tem procurado ajudar e orientar”. Até o momento da entrevista, contudo, não era feita fiscalização, pois tais instituições não faziam parte da rede de saúde, funcionavam como “basicamente uma igreja avançada”.

Segundo o entrevistado, as ações de prevenção organizadas pela secretaria são positivas. Cerca de 263 jovens teriam tido, no município, sua “realidade modificada”.

Eles começaram a participar do programa, eles estavam fora da escola, aí voltaram a estudar, estão sendo acompanhados. Aqueles que tinham abandonado a família e viviam na rua, retornaram ao convívio da família. Aqueles que eram dependentes químicos e que voluntariamente pediram para se submeter a um tratamento, a gente conseguiu encaminhar para um tratamento. É, os que foram encaminhados para cursos profissionalizantes, para o mercado de trabalho, então vai por aí.

O SAI entrevistado atua na proteção de adolescentes em situação de rua e de dependência de drogas, além de outros direitos violados. Entre as várias drogas utilizadas, tem destaque o crack. Quando chega ao SAI, o jovem é encaminhado à rede de saúde, em geral para um dos dois serviços de referência. Em casos mais graves, podem ser encaminhadas para internação – que pode ser requerida pela justiça. Há relato de encaminhamento tanto para Comunidades Terapêuticas como para hospitais psiquiátricos. Uma das maiores dificuldades era a continuidade do tratamento por parte dos adolescentes ou mesmo a evasão do serviço.

A RIA objetiva melhorar as condições de atendimento de crianças e adolescentes se articulando ao Poder Público para que as políticas públicas sejam “postas em prática”. Outro eixo de atuação é o debate sobre as políticas, sua qualidade e efetivação. Na visão de seus dirigentes, as políticas existentes não estão conseguindo cumprir seu papel e, por esse motivo, está havendo uma articulação com a FAS para compor o Plano de Atendimento Municipal à

Infância e Adolescência, discutir o direito à convivência familiar e comunitária nos conselhos, principalmente no Conselho Municipal dos Direitos da Criança.

Um terceiro eixo diz respeito à reestruturação das instituições de acolhimento. Havia, no município, um programa dirigido às famílias em vulnerabilidade, eleitas com base em 18 indicadores. Contudo tais indicadores não levavam em conta o item drogadição, “então essas famílias que têm mãe no crack ou crianças no crack, não são consideradas vulneráveis para várias políticas públicas, isso dá um furo”. Da mesma forma, criança em instituição de acolhimento também não compõe o indicador de vulnerabilidade. Segundo os entrevistados da RIA, essa política foi construída de cima para baixo, de forma não participativa e por isso não atenderia efetivamente uma série de questões importantes.

Os entrevistados afirmaram que os SAIs conveniados recebem subsídios inferiores aos dos públicos e que estavam pleiteando uma melhora desses valores. A atuação do Poder Público na fiscalização dos serviços é criticada como “muito à distância, bem falha”.

Segundo a conselheira tutelar, seu papel é atuar em qualquer situação de direito violado de crianças e adolescentes, articular os serviços e apresentar as demandas locais. É também função do conselho fiscalizar serviços que atendem crianças e adolescentes, o que está “bem precário”. A fiscalização em serviços que não fazem parte da política de saúde, como as Comunidades Terapêuticas, ONGs ou unidades geridas por ONGs e os que se localizam em local afastado, não é efetiva, apesar de denúncias sobre o modo de funcionamento. Esse acompanhamento também é atribuição do Ministério Público e da Justiça da Infância e Juventude.

A atuação da justiça dirige-se à proteção das crianças e adolescentes quando as famílias fazem uso/abuso de drogas e quando há um uso próprio. Contudo, segundo a juíza, essa atuação não tem sido eficaz. Por mais que se aplique uma medida de proteção, em especial ao adolescente, ele não é obrigado a permanecer na instituição e, muitas vezes, abandona o tratamento. Faltaria “um local apropriado onde ele pudesse ficar, onde ele não pudesse se desligar a qualquer minuto”. Quando o uso de drogas envolve os pais, é possível afastá-los até que façam um tratamento, sendo uma medida “em tese mais eficaz”. A adesão, contudo, é “muito baixa”.

A FAS é composta por duas diretorias, de proteção básica e especial, que atuam no acolhimento institucional. A primeira se articula principalmente com

as secretarias de Saúde e a Educação; a segunda, além dessas, também com a Secretaria Antidrogas. Como dificuldade também foi mencionada a adesão ao tratamento por parte de crianças e adolescentes, sendo necessário um “trabalho de convencimento”.

Tanto os SAIs conveniados, quanto os públicos, são acompanhados e fiscalizados pela FAS. Contudo, um acompanhamento mais próximo ocorre nos segundos, em que a Central de Vagas controla o fluxo de acolhimento. Como desafio, foi destacada a necessidade de implementar ações de prevenção do uso de drogas e de criar locais para internação. Para tentar resolver o problema, estavam sendo estabelecidas parcerias com Comunidades Terapêuticas, religiosas ou não, com o objetivo de atender integralmente a demanda de tratamento.

Um dos serviços de saúde, referência para atendimento de crianças e adolescentes de 7 a 17 anos usuários de álcool e outras drogas, trabalha de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, seguindo a diretriz da redução de danos. Os usuários passam por atividades institucionais e por atendimento psiquiátrico/psicoterápico. Em relação à internação de crianças e adolescentes, há demora na efetivação dos encaminhamentos, que podem ser para hospitais psiquiátricos em outros municípios, para Comunidades Terapêuticas ou para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em todos os casos, o atendimento na unidade é continuado. As famílias são também atendidas no serviço.

Contudo, foi destacada certa acomodação quando as crianças e adolescentes já estão acolhidos, o que dificulta o tratamento. É a SMS que fiscaliza o serviço, o que ocorre por meio de reuniões mensais com todos os profissionais. Havia também reuniões semanais internas; já houve supervisão externa e os profissionais expressaram desejo de que voltasse a ocorrer. Como desafios foram citados: prestar um bom atendimento, “o melhor possível”; conseguir o abandono ou a redução do uso de drogas; e trabalhar com as famílias para que o envolvimento com drogas não atinja “os outros filhos”. Também foi mencionado o número insuficiente de vagas para internação.

O segundo serviço de saúde é referência no atendimento de crianças e adolescentes de 10 a 18 anos, ou até 21 anos em casos especiais. Os usuários são em geral encaminhados pelo Conselho Tutelar, pelo Creas e pela Delegacia da Criança. Também foram referidos dificuldades em conseguir vagas e o longo tempo de tramitação do pedido de internação, que pode ocorrer em Comunidades Terapêuticas. Quando há internação, a criança/adolescente

continua frequentando o serviço. No caso de Comunidades Terapêuticas, como estas unidades não dispõem de profissional de psiquiatria, e a maioria dos pacientes faz uso de medicação, esse tipo de atendimento é realizado no serviço de saúde. O tratamento em rede inclui hospitais gerais e psiquiátricos, centros de saúde 24 horas, Caps e Comunidades Terapêuticas. A comunicação com os demais setores é avaliada como muito boa. A fiscalização é também feita pela SMS – pela autoridade sanitária local – e pela FAS. Como no primeiro serviço, os desafios são identificados na adesão ao tratamento dos adolescentes, no abandono da droga e no envolvimento dos pais.

Os desafios para a rede

Diversos são os desafios identificados para a rede de cuidado a crianças e adolescentes usuários de drogas de Curitiba. Um deles está em sua estrutura, considerada como aquém das necessidades de saúde. A Secretaria Antidrogas e os SAIs mencionam expectativas em relação a um plano federal de enfrentamento ao crack, que viria aprimorar o atendimento.

Segundo a gestora do SAI, o que também foi corroborado por profissionais da saúde, faltam ações específicas direcionadas ao uso do crack. Ela conta que os casos mais graves são encaminhados para atendimento em outros municípios. Há morosidade da rede em identificar os casos graves, fazendo com que se “percam”, por vezes, os adolescentes. Faltaria um “encaminhamento mais ágil” na rede, para que o atendimento do adolescente fosse imediato, em especial em casos de surtos e crises. Além disso, os profissionais precisam estar bem preparados para atender os usuários, o que também é destacado pela saúde.

A RIA afirma a importância de chamar toda a rede à responsabilidade pelo cuidado das crianças e adolescentes, o que poderia ocorrer de forma exitosa com a integração de outros setores, reunindo forças na luta pela efetivação das políticas pela infância. O Sistema de Garantia de Direitos local não é visto como uma rede:

Nosso diagnóstico aqui é bem claro, o Ministério Público não conversa com o Poder Judiciário adequadamente, que não conversa com o Conselho Tutelar, que não tem um diálogo consistente com os Conselhos dos Direitos, que também não tem um diálogo consistente com o poder público local. Por conta disso, as instituições de acolhimento, que são a ponta final, quem acolhe o drama, elas são as que mais sofrem. Por fim, quem mais sofre, efetivamente, são as crianças e as famílias. (gestor da RIA)

Nessa avaliação, o Cras e o Creas não estão cumprindo seu papel de prevenção e muitos não têm equipes ou unidades suficientes; tampouco havia local para onde encaminhar um atendimento especializado, quando fosse necessário. Não obstante, os entrevistados vislumbram potencialidades no diálogo com a FAS, Conselho Tutelar, Ministério Público e juizado e nas parcerias com outros órgãos e secretarias, como a de Esporte e a de Cultura.

Na visão da conselheira tutelar, não há trabalho em rede: “Se você me perguntasse onde estão esses serviços e essa rede que se articula, se conversa, eu diria que o Conselho Tutelar desconhece toda essa organização”; “a fala é em rede, mas a prática não é em rede”.

Os serviços de saúde precisam melhorar e se adequar à demanda de atendimento. A conselheira denunciou a existência de vagas ociosas, apesar da grande procura por tratamento. Em relação às Comunidades Terapêuticas, criticou a aplicação de punições aos adolescentes que se evadem, uma vez que este comportamento faz parte do processo terapêutico. Também os convênios celebrados entre as comunidades, a saúde e a assistência social são questionados. Outros pontos negativos são: a localização dos serviços, que acarreta dificuldades de deslocamento; as atividades desenvolvidas, em número insuficiente, não estimulam os jovens a manter sua frequência; a falta de comunicação entre os órgãos da rede, gerando uma demanda excessiva para o Conselho Tutelar. Segundo a conselheira, a implementação de um CAPs III, que permite curtas internações, atenderia adolescentes que precisam “de um internamento que não seja definitivo, próximo da residência, que articule com a rede local, com os serviços que tem na comunidade, [para] que esse menino não tenha que fugir da comunidade”.

Para a juíza da Vara da Infância e Juventude, a articulação da rede é tida como “boa, mas não eficaz”, avaliação feita principalmente por causa das dificuldades de adesão ao tratamento de forma voluntária, pois a rede teria o papel “de abordagem, de convencimento, de oferecer o local”. Especificamente no tratamento do crack, a articulação da rede precisa “evoluir mais”.

Segundo um serviço de saúde, há falta de diálogo entre os órgãos, o que ocasiona pedidos de encaminhamentos errôneos, sem a devida avaliação das partes competentes. Entretanto, para o outro serviço, o trabalho em rede é bem articulado.

Todo o trabalho com qualquer rede, ele é sempre bem interligado. Qualquer problema que aconteça a gente está entrando em contato, chamando os profissionais para virem aqui. Quando é necessário a

gente vai até esses profissionais, porque na realidade o paciente é um todo. Existe um grande problema que é o problema da droga, mas um problema maior, é um problema social e se a gente não estiver interligado com a rede, a gente não consegue resolver.

Avaliação da rede

Como mostrado anteriormente, para parte dos entrevistados um trabalho efetivamente em rede não ocorre. Em especial a RIA e o Conselho Tutelar são extremamente críticos, apontando falta de comunicação e de atuação conjunta. Segundo esses dois órgãos, não há um entendimento sobre a avaliação dos casos, o que gera desacordos em relação a seus encaminhamentos, e a contrarreferência é inexistente.

A separação de serviços de acolhimento em duas categorias – públicos e conveniados – influencia a forma como se relacionam com os órgãos da rede, até mesmo no que diz respeito a acesso, financiamento e fiscalização. A verba recebida pelos SAIs conveniados – instituições privadas – é inferior à repassada aos serviços públicos (o valor, contudo, considera a contrapartida da mantenedora da organização). Vale ressaltar que os SAIs privados são em maior número, perfazendo – apenas os associados RIA – um total de mil vagas de acolhimento.

Nos discursos dos participantes, depreende-se que os SAIs públicos estão mais integrados à rede: as famílias das crianças/adolescentes são acompanhadas pelos Cras/Creas; há a preocupação de manter o vínculo entre crianças/adolescentes e suas famílias, e também de fortalecer a família para receber seu filho; há um maior vínculo com os serviços de saúde (UBS, hospitais, ambulatórios e CAPs).

Nos conveniados, entretanto, essa integração praticamente não ocorre. Em nenhum dos 14 SAIs participantes da pesquisa foi observado qualquer tipo de vínculo com os serviços de saúde. Do ponto de vista médico, as crianças/adolescentes são acompanhados por profissionais voluntários e até por medicina de grupo (planos de saúde). O vínculo da criança com a família não é incentivado e inexistente acompanhamento da família, quer seja pelo serviço de acolhimento, quer seja pelo município.

A diferenciação de tratamento e o pertencimento a uma “outra rede” ficam explícitos na fala dos diversos gestores, quando, por exemplo, fazem menção à fiscalização apenas nos serviços próprios do município. Em relação

ao acompanhamento de SAIs conveniados, não foi percebido um movimento de aproximação, trabalho integrado ou monitoramento. Na visita a essas instituições, pôde-se averiguar que, onde havia berçários, o principal motivo de acolhimento dos bebês era ter as mães ou os pais usuários de drogas. Na maioria dos casos, o crack sozinho ou em conjunto com outras drogas era o principal motivo do acolhimento; maus-tratos, abandono, entre outras causas, eram minoria. Em muitos casos os bebês eram acolhidos nos serviços diretamente da maternidade, geralmente trazidos pelo Conselho Tutelar.

Outro nó é a questão da internação. Há uma crítica geral relativa às dificuldades de internação, quando este recurso se faz necessário. Alguns atores citaram a falta de um Caps III, que permitisse curtas internações e mantivesse o indivíduo adstrito ao território.⁹

Também são escassos os hospitais gerais com leitos para internação do público infantojuvenil, criando impasses no momento do encaminhamento para internação. Nesse cenário, as Comunidades Terapêuticas parecem figurar como solução por meio de convênios firmados com o município. Ressalta-se que tal situação – financiamento público de Comunidades Terapêuticas, tornando-as equipamentos do SUS, em detrimento do reforço das estratégias da Política Nacional de Saúde Mental, – tem sido observada nacionalmente. Apenas o Conselho Tutelar questiona o tipo de tratamento promovido nesses serviços e a RIA cita as “entidades religiosas que só rezam”.

Parece haver uma crença de que a retirada da criança ou do adolescente de sua comunidade e seu isolamento são a solução para o problema da adição, gerando encaminhamentos errôneos no caso de situações de risco a que alguns sujeitos são expostos em decorrência do uso/comércio de drogas. Contudo, findo o prazo de alguns meses para desintoxicação, o mesmo retorna a seu lugar de origem e à “situação de risco”, acrescentando-se a desterritorialização sofrida em relação à comunidade e seus equipamentos – centros de saúde, serviços especializados, escolas, espaços de lazer, entre outros.

Dessa forma, avalia-se que há carência de instituições específicas para crianças e adolescentes usuários de drogas, como apontado por vários gestores, profissionais e pelos próprios adolescentes, o que não poderia ser suprido com a implantação de unidades fechadas de tratamento.

⁹ Destaca-se que houve a implementação de um Caps nessa modalidade em 2012, após o levantamento de dados que deu origem a este capítulo.

Fluxo de atendimento entre órgãos da rede

Quando o adolescente está acolhido em SAI, cabe a esse serviço buscar atendimento na rede. Em geral, ele é encaminhado para a UBS onde faz exames clínico e ginecológico, quando é o caso. Se o jovem é enviado pelo Conselho Tutelar, o serviço faz a comunicação à justiça, visando à garantia da continuidade do tratamento. As famílias, em geral, são atendidas pelos Creas e/ou Cras. Alguns SAIs, apesar de não atendê-las, trabalham com as mesmas no sentido de aproximá-las dos filhos, incentivando visitas e contatos telefônicos; procuram sensibilizá-las quanto à sua necessidade de tratamento, quando é o caso; e as preparam para receber o adolescente com especificidade da dependência. O serviço envia relatórios ao Conselho Tutelar, à justiça e ao Creas.

Segundo a RIA, um caderno de fluxos que organiza a metodologia de atendimento tem sido proposto à Prefeitura, nos moldes da Associação Brasileira de Magistrados e Defensores Públicos.

Para cada grande violação de direitos existe um caminho a percorrer. Essa família vai precisar acessar um conjunto de equipamentos. (...) Então, vamos supor, o uso de crack, essa criança está em situação de vulnerabilidade muito grande, o pai e a mãe são usuários de crack. O Cras e o Creas deveriam proceder um relatório inter e multidisciplinar. Significa que ele precisa saber como está a condição social, econômica, psicológica e pedagógica da criança e da família, para saber qual é o nível de vulnerabilidade, qual é a necessidade, que tipo de políticas públicas essa família poderia acessar antes de encaminhar, por exemplo, para uma instituição de acolhimento. (gestor da RIA)

Essa criança e esse adolescente são tirados da família, sem um diagnóstico consistente. Automaticamente o Conselho Tutelar e os outros órgãos, inclusive o Ministério Público e o Judiciário, assinam embaixo de relatórios inconsistentes, e solicitam vagas. (gestor da RIA)

O fluxo de Curitiba é avaliado como ineficiente desde o momento da decisão de retirar a criança ou o adolescente da família, segundo os gestores da RIA, “sem um diagnóstico consistente”. A garantia de que as crianças e os adolescentes não sejam esquecidos depois do acolhimento nos SAIs, como se o problema que os levou até a internação tivesse cessado com sua retirada da família é um desafio; “como ela vai voltar pra essa família como a lei manda, em [até] dois anos, se ninguém está fazendo nada com essa família?” (gestor da RIA).

As deficiências da rede e do Sistema de Garantia de Direitos configuram mais uma violação de direitos ao não inserir as famílias nas políticas públicas. Tal situação acaba por engrossar a fila e o mercado de adoção, uma vez que, nessas condições, dificilmente uma família se recuperará em dois anos.

Uma iniciativa que procurava agilizar o fluxo de atendimento consiste na realização de audiências concentradas, em que o equipamento jurídico vai até o SAI reavaliar a situação da criança/adolescente. Contudo, isso ainda não estava ocorrendo de forma satisfatória, apesar da pressão do Conselho Nacional de Justiça.

Os casos chegam até o Conselho Tutelar, de acordo com informações do próprio órgão, apenas quando as crianças e os adolescentes não conseguem atendimento e têm seus direitos violados. São as unidades de saúde que encaminham para os serviços especializados, e estes para a internação. Em geral, há retorno sobre os casos para o Conselho Tutelar. Em relação ao acolhimento institucional, a conselheira afirmou que há encaminhamentos errôneos, de casos que deveriam ser direcionados à internação em serviço de saúde. Quando há evasão de SAI, não há uma política de busca ativa, são as próprias famílias que precisam resgatar as crianças e adolescentes; tampouco existe uma contrarreferência ao Conselho Tutelar, que fica sabendo dos casos pelas famílias.

De acordo com a juíza da Vara da Infância e Juventude, tanto o Conselho Tutelar quanto o Cras e as unidades de saúde realizam encaminhamentos para tratamento. A comunicação chega ao Judiciário quando as crianças e os adolescentes “não aderem a nenhum tipo de tratamento que já foi oferecido pela rede”. A entrevistada declarou que não há o costume de fazer internação compulsória e que não há lugar para internação. O Judiciário e a rede também encaminham as famílias para tratamento, mas a adesão é muito baixa, em decorrência da disponibilidade das próprias famílias e dos serviços que, muitas vezes, atendem apenas durante o dia e em dias de semana.

Segundo a gerente da FAS, existe um acordo entre a Vara da Infância e Juventude e o Conselho Tutelar que define o seguinte fluxo: em todos os casos de acolhimento a Vara deve ser comunicada no prazo de 24 horas. Nos casos em que o acolhimento é emergencial, o Conselho Tutelar leva a criança/adolescente diretamente para o SAI. As vagas de acolhimento são reguladas pela Central de Vagas, gerenciada pela FAS, que avisa imediatamente a Vara da Infância e Juventude por meio de um relatório. Há situações em que o

Conselho Tutelar acolhe uma criança, e o juiz não concorda e a desacolhe. Em casos sem emergência a demanda é levada à Vara da Infância e Juventude que providencia acolhimento.

A gerente da FAS afirmou que sempre há um trabalho inicial com a família e com a criança/adolescente para saber sobre seu tipo de vínculo e se, além da questão do uso de drogas, há situações de violência ou negligência. A profissional entrevistada referiu que outrora a fundação atuava apenas no acolhimento, como se ali acabasse o problema, e que muitos técnicos e conselheiros tutelares ainda pensam assim. A FAS e alguns de seus SAIs têm investido no trabalho com as famílias.

Os serviços de saúde referência para cuidado às drogas são os únicos que atendem demandas espontâneas, os encaminhamentos da UBS, Conselho Tutelar, Creas e Cras de todo o município. Em relação às famílias, a unidade realiza encaminhamentos diretos para outros serviços de saúde especializados em álcool e outras drogas para adultos. No próprio serviço, há também grupos de pais em horários que lhes permitem frequentá-los antes ou depois do trabalho; quando há a urgência de um atendimento, os pais/responsáveis são atendidos na própria unidade.

No serviço de saúde, a criança e o adolescente são atendidos pela enfermeira e pelo psiquiatra ou psicólogo – profissionais que podem assinar a autorização para procedimento de alto custo (Apac). Em seguida, são encaminhados à terapeuta ocupacional, pediatra e depois a oficinas. Dessa forma, constrói-se seu plano terapêutico e define-se o tratamento – intensivo, semi-intensivo ou não intensivo.

No outro serviço de saúde, as crianças e adolescentes passam por uma triagem com o serviço social, depois com o psiquiatra e com o psicólogo. São geralmente encaminhados pelo Conselho Tutelar e pelos programas da FAS. O adolescente é inserido no plano terapêutico completo – acompanhamento psicológico uma vez por semana, psiquiátrico uma vez por mês, ou a cada quinze dias, participação em oficinas socioeducativas, serviço de terapia ocupacional e atividades de grupo. Quando há uma melhora do quadro – “conseguiram organizar a rotina deles, reduziram um pouquinho o uso de drogas” –, ele começa a participar de grupo terapêutico. Para os familiares, há o grupo de integração, em que os mesmos conhecem a dinâmica do serviço, assistem a palestras sobre drogas, medicação, regras e limites sobre cidadania e sexualidade. Depois desse ciclo, os pais podem ser incluídos em um grupo terapêutico e encaminhados para tratamento individual.

Diversos entrevistados citam a ocorrência de internações de adolescentes em Comunidades Terapêuticas que ficam fora do município, o que dificulta o acompanhamento dos casos, a fiscalização das unidades e a visita das famílias. Outros ainda, como o Conselho Tutelar, tecem críticas sobre o trabalho desenvolvido em tais instituições e seus efeitos. O encaminhamento para Comunidades Terapêuticas se dá por meio dos serviços de saúde referência ou pelo próprio Conselho Tutelar.

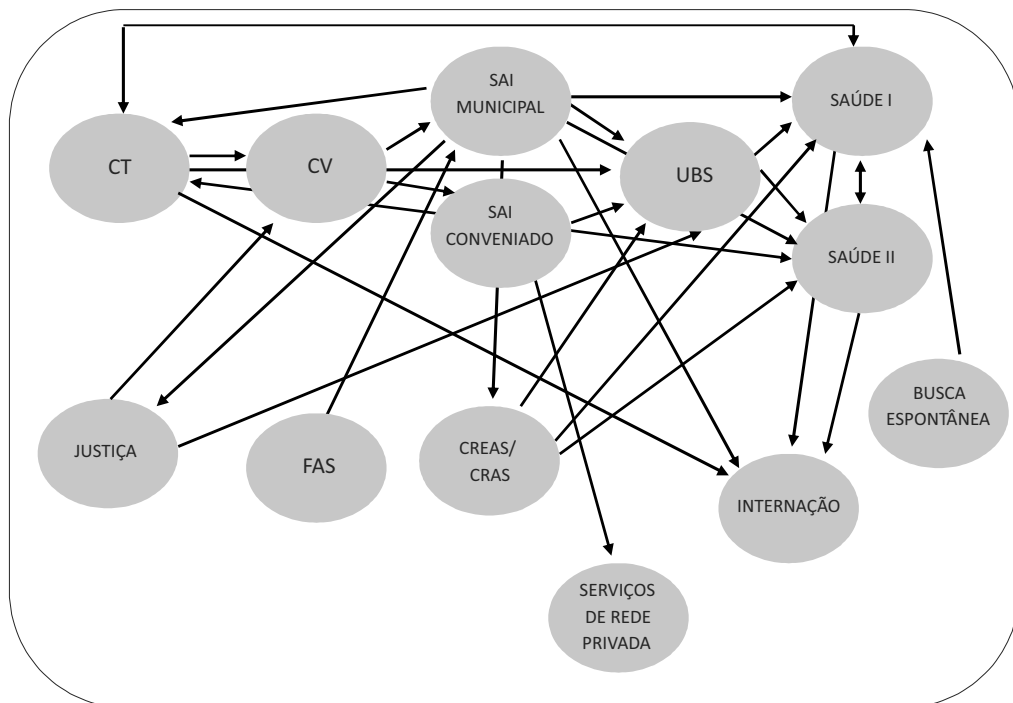
Quando o adolescente se recusa à internação, e a equipe avalia que é necessária, o Juizado é acionado. Segundo o profissional de um dos serviços de saúde, esse fluxo sofreu mudanças no ano da pesquisa.

Até março desse ano [2011] o nosso psiquiatra dizia assim, precisa de internamento psiquiátrico, fazia um documento, o pai levava para o Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar encaminhava para o juiz. A gente só podia pedir a vaga na Central de Leitos quando o juiz dissesse que autorizava esse internamento psiquiátrico. Hoje em dia não, no dia que nosso médico solicita internamento, a gente pega direto na Central de Leitos. Só vai para o Juizado quando é para internamento involuntário, quando vai ter que agir com outras instituições, junto à polícia, quando você vê que a parte clínica está tão comprometida que tem que internar, mas se ele não aceita, a saúde não pode obrigar a ele se internar, então a gente precisa de uma deliberação do Juizado.

As UBS e os hospitais, como porta de entrada, encaminham para atendimento especializado e há demanda espontânea nos serviços especializados. Conselho Tutelar e Juizado podem também solicitar um atendimento à saúde, seja porque a criança/adolescente não consegue ter acesso ao serviço, seja porque se recusa a fazê-lo – como foi relatado no caso das Comunidades Terapêuticas. A realidade das crianças, adolescentes e famílias da pesquisa envolve múltiplos atendimentos, em diferentes setores.

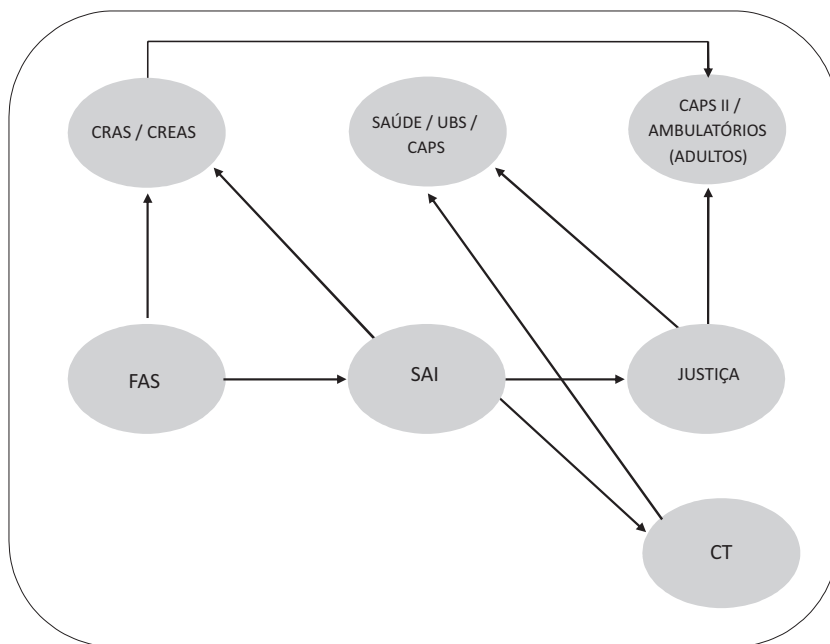
A fim de esquematizar a rede existente no município, apresenta-se a seguir dois fluxogramas de atendimento a essa população envolvida com o uso/abuso de crack, elaborados com base nas informações coletadas na pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma do atendimento às crianças e adolescentes usuários de crack. Curitiba – 2012



Nota: CT = Conselho Tutelar; CV = Central de Vagas

Figura 2 – Fluxograma de atendimento a famílias usuárias de crack. Curitiba – 2012



DESAFIOS DO ACOLHIMENTO EM CURITIBA

Curitiba, como um grande centro urbano, apresenta diversos desafios de gestão de serviços, em especial no que tange à atenção de crianças, adolescentes e suas famílias, usuários de crack e outras drogas. Com o crescimento da cidade, ficam também mais evidentes as desigualdades sociais e as dificuldades em garantir o acesso a direitos básicos a todos os cidadãos.

Como em outras localidades do país, o uso, abuso e dependência de drogas, entre elas, o crack, é uma questão social. A problemática envolve vários setores da sociedade e das vidas dos sujeitos, demandando respostas em termos de políticas, programas e ações que vêm sendo elaborados intersetorialmente. Assim, tanto a saúde quanto a assistência social e a justiça, entre outras instâncias, procuram elaborar propostas de abordagem da questão.

Quando o uso de drogas envolve sujeitos em desenvolvimento, o assunto se torna ainda mais dramático, demandando ações que envolvam as famílias, por vezes também dependentes. Os participantes citaram, contudo, dificuldades em seu atendimento e comentaram sobre os desafios da rede.

A rede procura estar estruturada para atender a demanda de cuidado, de forma geral, em relação à garantia de direitos e, especificamente, ao problema do crack. A pesquisa mostra que a rede dispõe de diversos serviços que são necessários para o atendimento de crianças e adolescentes, contudo, denuncia que sua organização está longe do funcionamento ideal. Em termos de implementação novos serviços, o Caps III é a principal demanda dos atores dos órgãos componentes da rede, centro que foi incrementado após finalizado o trabalho de campo.

Falta também um conhecimento específico sobre como tratar crianças e adolescentes dependentes de drogas, especificamente do crack. Um ponto de destaque na avaliação da rede, que a afasta da ideal, é a preparação dos profissionais. Estes carecem de formação e capacitação para lidar com tema e público tão desafiadores, em especial os cuidadores.

Um nó, identificado por todos, diz respeito às vagas para internação de crianças e adolescentes. Há déficit na rede e, como alternativa, entram em cena as Comunidades Terapêuticas – instituições fechadas, em geral afastadas dos centros urbanos, e de caráter religioso, que propõem o tratamento contra as drogas visando à abstinência. Sua orientação está em desacordo com as políticas públicas de saúde mental e com o praticado nos serviços direcionados ao cuidado ao uso de drogas. Aposta-se que, afastando o sujeito do ambiente em que há o uso do crack, ele se livrará dessa substância e se reabilitará. Em geral, há nesses locais ausência de projetos terapêuticos individualizados e o tratamento é de base religiosa. Além disso, esses serviços representam uma terceirização do cuidado por parte do Estado.

A falta de comunicação é uma das principais queixas em relação à rede, o que gera desentendimentos e encaminhamentos falhos ou errôneos. A excepcionalidade do acolhimento institucional e a responsabilidade do Poder Público na garantia do atendimento aos direitos básicos são evocados para problematizar tal fato. O trabalho, na prática, não é em rede. Por vezes, sujeitos acolhidos em SAI têm demandas outras, e o afastamento da família talvez não fosse necessário se houvesse outro tratamento do caso. Reitera-se o caráter de excepcionalidade do acolhimento em serviço institucional e a responsabilidade do Poder Público em garantir à população os direitos sociais básicos.

Várias razões, para além do uso de crack por parte de crianças e de adolescentes ou de seus familiares, aparecem provocando um acolhimento. Muitas dizem respeito a uma série de determinantes sociais que deixam as

famílias em situação de vulnerabilidade e se relacionam também às causas e consequências do uso da droga, como situação de rua, negligência, carência de recursos materiais, exploração do trabalho ou mendicância, ausência dos responsáveis por prisão, condições de saúde específicas. Os SAIs acabam, segundo fala dos gestores da RAI, funcionando como uma “caçamba de entulho”, isto é, reúnem os sujeitos “sobrantes” que não têm visibilidade social.

As histórias narradas neste estudo ilustram a multiplicidade de fatores que envolvem as vidas das crianças, adolescentes e suas famílias. São eles que circulam pelos serviços da rede e atestam o que funciona e o que não funciona. Sua avaliação, no entanto, não pode ser tomada como único parâmetro, uma vez que suas necessidades e buscas por ajuda são tão particulares quanto suas histórias. Elas podem servir, sim, como ponto de partida para reflexões sobre o que pode funcionar positivamente nos serviços que compõem a rede de atenção em Curitiba e sobre o que deve ser aprimorado.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, S. G. & FARIAS, L. O. P. (Orgs.). Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional e Familiar. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 109, de 11 nov. 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em: <www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/livros/tipificacao-nacional-de-servicos-socioassistenciais>. Acesso em: 7 abr. 2015.
- CARLINI, E. A. et al. II Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005). Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.
- CURITIBA. Prefeitura Municipal. Levantamento sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Fundamental da Rede Municipal de Ensino de Curitiba. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2009.
- CURITIBA. Prefeitura Municipal. Plano de Desenvolvimento Humano e Enfrentamento às Drogas. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2012.
- CURITIBA convoca Liga do Bem na luta contra as drogas. Paraná Online, Curitiba, 2 jul. 2012. Disponível em <www.parana-online.com.br/editoria/cidades/news/617884/?noticia=CURITIBA+CONVOCA+LIGA+DO+BEM+NA+LUTA+CONTRA+A+S+DROGAS>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- GUND, D. P. O Enfrentamento da Dependência de Crack em Crianças e Adolescentes pelas Equipes Multiprofissionais da Rede de Saúde Mental do Município de Cascavel: estratégias, desafios e possibilidades, 2011. Dissertação de Mestrado, Londrina: Universidade Estadual de Londrina.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

MARQUES, A. C. P. R. & CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22, supl. 2: 32-36, 2000.

NEIVA-SILVA, L. Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: um estudo longitudinal, 2008. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ÔNIBUS do projeto Intervidas e trailler-consultório reforçam atendimento à população de rua. Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba, 25 mar. 2015a. Disponível em: <www.curitiba.pr.gov.br/noticias/onibus-do-projeto-intervidas-e-trailer-reforcam-atendimento-a-populacao-de-rua/35924>. Acesso em: 7 abr. 2015.

SECRETARIA DA SAÚDE assume política sobre drogas do município. Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba, 25 mar. 2015b. Disponível em: <www.curitiba.pr.gov.br/noticias/secretaria-da-saude-assume-politica-sobre-drogas-do-municipio/35925>. Acesso em: 7 abr. 15.