

9. Uma Rede em Construção no Município de Porto Alegre

Miriam Schenker

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SCHENKER, M. Uma Rede em Construção no Município de Porto Alegre. In: ASSIS, S. G., comp. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, pp. 319-382. ISBN: 978-85-7541-554-2. <https://doi.org/10.7476/9788575415542.0011>.



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/).

9

Uma Rede em Construção no Município de Porto Alegre

Miriam Schenker

A CIDADE DE PORTO ALEGRE E O CRACK

Porto Alegre, município brasileiro situado no extremo sul do país, é a capital do estado do Rio Grande do Sul. Tem uma área de aproximadamente 497 km² e uma geografia diversificada com morros e um grande lago, o Guaíba. O lago, que contorna a cidade numa grande extensão, juntamente com áreas de preservação natural e com elevado índice de arborização das vias públicas, fazem de Porto Alegre uma cidade verde.

É conhecida como a capital dos Pampas, por pertencer à região de fauna e flora características, formada por extensas planícies que dominam a paisagem do sul do Brasil e parte da Argentina e do Uruguai. Aí nasceu o gaúcho, figura histórica, dotada de bravura e espírito guerreiro, resultado de lendárias batalhas e revoltas por disputas de fronteiras entre os reinos de Portugal e Espanha, a partir do século XVI.¹

Porto Alegre é ponto estratégico dentro do Mercado Comum do Sul (Mercosul), centro geográfico das principais rotas do Cone Sul, multicultural por natureza, terra de reconhecidos escritores, intelectuais, artistas e políticos que marcaram a história do Brasil.

A cidade apresenta problemas ambientais em decorrência da urbanização descontrolada, com perda da cobertura vegetal, impermeabilização do solo, contaminação e redução de mananciais de água e erosão. O lago Guaíba,

¹ Disponível em: <www2.portoalegre.rs.gov.br/turismo/default.php?p_secao=257>. Acesso em: 29 dez. 2012

principal abastecedor de água, é poluído por receber lançamentos de esgotos, efluentes industriais e agrotóxicos, entre outros detritos.²

Em contrapartida, a cidade conta com um movimento ecológico bastante organizado, que vem se projetando nacionalmente desde a década de 1970, com a liderança de figuras como José Lutzenberger. A Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Porto Alegre foi a primeira a ser criada no Brasil (1976), e a Prefeitura tem promovido um grande número de atividades para a população sobre temas ecológicos globais. Destacou-se em anos recentes pela realização das três primeiras edições do Fórum Social Mundial em 2001, 2002 e 2003.

De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil,³ a população de Porto Alegre em 2010 é de 1.409.351, 53,6% mulheres e 46,4% homens, configurando-se como o décimo município brasileiro mais populoso.⁴

A cidade se destacou por ter o segundo melhor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal⁵ (0,86) entre as metrópoles nacionais, com base nos dados do censo do ano 2000 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Brasil (Pnud). Porto Alegre recebeu do Ministério da Educação em 2007 o selo que a reconhece como Cidade Livre do Analfabetismo, concedido a toda cidade que alcança 96% de alfabetização.⁶

A região metropolitana de Porto Alegre, criada em 1973, é a área mais densamente povoada do estado, concentrando 37% da população em 31 municípios, nove deles com mais de 100 mil habitantes. A região contava em 2010 com 3.958.985 habitantes.

Uma das características mais marcantes da administração pública portoalegrense é a adoção de um sistema de participação popular na definição de investimentos públicos, o chamado Orçamento Participativo. Esse sistema vem sendo reconhecido internacionalmente como uma experiência bem-sucedida de interação entre a população e as esferas administrativas oficiais na gestão pública.

² Disponível em: <<http://portoalegretche.blogspot.com.br/2013/09/meio-ambiente-de-porto-alegre.html>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

³ Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/porto-alegre_rs>. Acesso em: set. 2015.

⁴ Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000005570808132011085431530840.v>. Acesso em: set. 2015.

⁵ O IDH considera três dimensões fundamentais para o desenvolvimento humano: o conhecimento, medido por indicadores de educação; a saúde, medida pela longevidade; e o padrão de vida digno, medido pela renda.

⁶ Disponível em: <www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH_Municipios_Brasil_2000.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2003>. Acesso em: 29 dez. 2012.

A criminalidade em Porto Alegre tem mostrado índices variáveis nos últimos anos. Em 2007, entre as 13 maiores capitais, foi a que mais se destacou em termos de homicídios: o número de mortes por agressão cresceu quase 60% em relação a 2006 e os homicídios aumentaram em 57,5%, metade do número das ocorrências em todo o estado. As principais causas foram o sucateamento do sistema de segurança, o acirramento da rivalidade entre as polícias civil e militar, o aumento do tráfico de drogas e de bolsões de pobreza. Em 2009, entretanto, com o reforço de policiamento ostensivo, as estatísticas caíram em várias áreas. No ano seguinte, foi instalado um sistema de mapeamento do crime via internet, com resultados significativos: em apenas seis meses, alguns dos índices de criminalidade se reduziram. Os bons resultados também são consequência do aumento do efetivo na segurança pública.

O USO DE DROGAS E DE CRACK

Apresentamos a seguir alguns estudos acerca do uso de drogas em geral, e de cocaína e crack em particular, no município de Porto Alegre, a fim de entender o processo de consumo dessas substâncias por adolescentes e/ou seus familiares. Inicialmente mostram-se dados sobre consumo da droga entre adolescentes, fase em que comumente se inicia o uso de substâncias psicoativas.

Levantamentos epidemiológicos com estudantes, frequentes na sociedade brasileira, são importantes para aferir o consumo de drogas (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). O levantamento nacional com estudantes de nível fundamental e médio de escolas públicas das redes municipais e estaduais realizado por Galduróz e colaboradores (2005), pesquisadores do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), traz dados importantes. Revela que o maior número de usuários em todas as capitais investigadas encontrava-se na faixa etária dos 16 anos em diante, embora 12,7% das crianças de 10 a 12 anos relatassem ter consumido drogas, pelo menos uma vez na vida. As drogas lícitas, álcool (65,2%) e tabaco (25%), foram as mais utilizadas, e 22,6% dos estudantes já tinham consumido drogas ilícitas em algum momento da vida. Os solventes (15,5%) e a maconha (5,9%) lideraram esse uso, com 2% dos estudantes referindo já ter consumido cocaína e 0,7%, crack. Nesse levantamento, Porto Alegre apresentou o maior uso na vida de cocaína (2,3%) e crack (1,5%), entre as três capitais da região Sul. Os meninos (2,6%) relataram maior uso na vida de cocaína que as meninas (1,8%). O mesmo ocorre com o crack, 2,3% e 0,7%, respectivamente.

Entretanto, Kessler e Pechansky (2008: 96) alertam que

estudos de natureza epidemiológica obtidos em escolas têm como natural viés a obtenção de dados sobre alunos que estejam matriculados, cursando e presentes em sala de aula no dia da coleta. Por suas características peculiares, o crack não é uma droga que permita a convivência em um ambiente de ensino, e provavelmente os dados obtidos dessa forma encontram-se subestimados.

De acordo com o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras (Noto et al., 2003), o consumo inicial de derivados da coca se deu, na maioria dos casos, após a situação de rua. A tendência de aumento foi constatada nos levantamentos entre crianças e adolescentes em situação de rua efetuados pelo Cebrid nas seis capitais estudadas em 1987, 1989, 1993, 1997 e 2003. Foram observados, ao longo dos anos, crescimentos em saltos em quase todas as capitais em épocas diferentes. Em São Paulo, entre 1989 e 1993; em Porto Alegre, entre 1993 e 1997, e, no Rio de Janeiro, o consumo, que já era elevado em 1993, acentuou-se ainda mais entre 1997 e 2003. As principais drogas utilizadas foram as bebidas alcoólicas (especialmente a cerveja) e o tabaco. Seguem os solventes/inalantes, maconha e derivados da coca, incluindo o crack. Em 2003 constataram-se menores índices de uso recente de tabaco e de solventes, manutenção do padrão de consumo de maconha e bebidas alcoólicas, aumento do consumo de derivados da coca e desaparecimento de casos de uso recreativo de medicamentos psicotrópicos.

Neiva-Silva (2008) estudou longitudinal e transversalmente, em dois momentos diversos (diferença de 14 meses), o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, em Porto Alegre, distribuídos em duas faixas etárias: 10-11 e 18-19 anos. O autor buscou identificar a prevalência, os padrões de uso e os fatores de risco e proteção, por meio de entrevistas com crianças e adolescentes, inseridos em instituições abertas em que a permanência e a frequência não são obrigatórias (oferecem serviços de educação, saúde, espaço para pernoite, lazer, atividades desportivas e alimentação). Longitudinalmente, observou-se aumento significativo no uso de álcool, solventes maconha e cocaína/crack.

De acordo com o estudo, das 216 crianças e adolescentes em situação de rua, tem-se que: a maior parte era composta por meninos (75,5%); 17,6% tinham entre 10 e 11 anos e 61,6% entre 14 e 18; 83,8% já haviam utilizado

alguma droga durante a vida, sendo as lícitas as mais comuns (álcool 78,7% e tabaco 58,8%); maconha foi experimentada por 36,6% e solventes por 33,8% dos pesquisados; entre os que usaram solventes proximamente à pesquisa, 78,2% o fizeram todos ou quase todos os dias, sendo essa a droga de maior prevalência, seguida pelo cigarro e maconha (75,9% e 60,9%, respectivamente); 28,7% declararam ter experimentado crack. Esses dados foram coletados durante o ano de 2003, época em que o crack estava começando a ser usado pela população investigada.

Em uma segunda fase do estudo, com 68 das 216 crianças e adolescentes em situação de rua de ambos os sexos, com coleta de dados entre 2004 e 2005, observou-se um aumento significativo do uso de crack. O solvente foi a droga com maior aumento no percentual de usuários nos últimos 14 meses, seguido do tabaco e do crack. Entre as ilícitas, o maior percentual de início de uso foi o de maconha, estando bem próximos, em segundo lugar, os solventes e o crack.

Uma pesquisa com 30 usuários de crack, internados na unidade de desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre (Guimarães et al., 2008), revelou uma população de adultos jovens, de cor/raça branca, com idade média de 27,3 anos (de 18 a 41), em situação de subemprego ou desemprego, e 40% com antecedentes criminais associados a sintomas de maior depressão, ansiedade e fissura. Todos os crimes dos usuários que apresentaram antecedentes foram cometidos após o início do uso de substâncias psicoativas (cocaína ou crack). Antes da internação, 24 sujeitos informaram que já haviam tentado pelo menos alguma vez parar de fumar crack (80% dos sujeitos pesquisados); 43,3% mencionaram internação anterior por uso de crack.

Em outro estudo, pesquisou-se a mudança de padrões do uso de drogas em Porto Alegre e as razões para esse acontecimento, com base em entrevistas semiestruturadas e grupos focais com usuários de drogas de diversas cenas, profissionais do programa de prevenção ao HIV que eram ex-usuários, profissionais do programa de redução de danos (troca de seringas) da cidade, líderes comunitários e da área da saúde pública com conhecimento da cultura de uso de droga na rua (Inciardi et al., 2006). Os sujeitos eram moradores de favelas ou de bairros muito pobres nas redondezas. Os resultados mostraram que as principais drogas de abuso em Porto Alegre são a maconha e a cocaína em pó. Entretanto, os participantes do estudo enfatizaram que o uso de droga havia se modificado da cocaína injetável para o crack, seja em decorrência

da adição de diversos materiais à cocaína, tornando-a pouco pura, seja pela possibilidade de contrair o vírus da Aids em seringas compartilhadas. Houve um aumento da prevalência do uso de crack em Porto Alegre em 2001, conforme relatado pelos participantes da pesquisa. O crack costuma ser fumado em latinhas de alumínio ou, em alguns casos, na bomba de chimarrão, recipientes que, geralmente, são compartilhados. Estudo de Pechansky e colaboradores (2006) destacou que essa forma de usar crack é um novo fator de risco para se contrair HIV/Aids em Porto Alegre.

Como os sujeitos da nossa pesquisa convivem com a violência cotidianamente e o uso de crack está comumente associado à ocorrência de roubos, violências, endividamento com traficantes, entre outras situações de perigo (Guimarães et al., 2008), vale ressaltar alguns dados sobre homicídios em Porto Alegre: atingem com maior incidência a faixa etária jovem, entre 15 e 24 anos,⁷ além disso a cidade ocupou o décimo segundo lugar no ordenamento das capitais por taxas de homicídio em 2000 e o décimo sexto em 2010 (Waiselfisz, 2010, 2012).

COMPOSIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA REDE SOCIOASSISTENCIAL

A fim de conhecer a rede socioassistencial de Porto Alegre, várias instituições foram contatadas ao longo do trabalho de campo (dezembro de 2011 a novembro de 2012) que deu origem a este capítulo. São elas: Fundação de Assistência Social e Cidadania (Fasc), Fundação de Proteção Especial do Estado do Rio Grande do Sul; Secretaria Municipal de Saúde e Vara da Infância e Juventude.

⁷ Conceituação dos termos: criança – Estatuto da Criança e do Adolescente – de 0 a 12 anos incompletos; adolescência - Estatuto da Criança e do Adolescente – de 12 a 18 anos de idade incompletos; jovem – Sistema Nações Unidas – de 15 a 24 anos de idade; jovem – Secretaria Nacional de Juventude – de 15 a 29 anos de idade, pela incorporação da noção de adulto jovem.

“Se o termo infância nos remete aos termos criança e adolescência, que se encontram referenciados por fortes indicadores físicos e fisiológicos, o termo juventude é muito mais recente e nos remete a definições socialmente delimitadas. Para a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), adolescência e juventude diferenciariam-se pelas suas especificidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas. (...) A adolescência constituiria um processo fundamentalmente biológico durante o qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrangeria as idades de 10 a 19 anos, divididas nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos) e de adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos). Já o conceito juventude resumiria uma categoria essencialmente sociológica, que indicaria o processo de preparação para os indivíduos assumirem o papel de adultos na sociedade, tanto no plano familiar quanto no profissional, estendendo-se dos 15 aos 24 anos, ou 15 a 29, no entendimento das instituições brasileiras” (Waiselfisz, 2010: 12).

Uma amostra de 21 serviços de acolhimento institucional (SAIs) foi realizada,⁸ com a aplicação de três modelos de questionários: 1) para os SAIs, dirigido ao gestor dos 21 serviços; 2) para 114 crianças/adolescentes acolhidos por uso de crack ou com pais/responsáveis com história de uso de crack, trabalho feito por meio da leitura de prontuários; 3) para dois adolescentes com história de uso de crack presentes na instituição no momento da visita (um deles ficou incompleto porque a adolescente manifestou transtorno psicótico).

Em Porto Alegre, foram criados nos últimos anos dois abrigos municipais diferenciados (I e II) para acolher e prestar atendimento a dez adolescentes (cada) entre 12 e 18 anos, em situação de transtorno de conduta, uso de substâncias psicoativas ou com ato infracional. Esses dois abrigos não foram sorteados na amostra da pesquisa, fato que dificultou sobremaneira o encontro de crianças e adolescentes usuários nos abrigos comuns avaliados. Por essa razão, a amostra realizada em Porto Alegre não permite avaliar a prevalência de usuários de crack acolhidos em SAIs; é apenas possível avaliar a prevalência de filhos de usuários de crack nesses serviços.

Foram também realizadas 14 entrevistas individuais para compreender melhor como se estrutura a rede socioassistencial do município. Participaram desses encontros: uma adolescente acolhida em Casa Lar; dois adolescentes em abrigo diferenciado por acolher usuários de crack (abrigo I, visitado apenas para a entrevista com os adolescentes) e uma outra na Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul (Fase), tratando-se da dependência do uso abusivo de crack em Caps ad (para usuários de álcool e outras drogas); dois familiares (um pai e um irmão) de diferentes usuários de crack que estavam em abrigo I; duas coordenadoras de Caps ad, aqui denominados Caps ad A e B; um conselheiro tutelar; um juiz da Vara da Infância e Juventude. Pela área da assistência social responderam diversos profissionais: coordenadora técnica de SAI; coordenadora do SAI noturno (serviço fechado em 2012, pois a estrutura e a equipe de atendimento eram grandes para o pequeno número de meninos em situação de rua que frequentava o serviço); gestora da equipe de Proteção Social de Alta Complexidade da Fasc, junto com uma gestora do Núcleo de Acolhimento da mesma unidade; gestora da equipe de Proteção Social de Média Complexidade responsável pelo atendimento à população de rua.

Define-se rede socioassistencial com base no conceito de rede como estruturas abertas que trocam informações com o meio externo e cuja capacidade de

⁸ No Anexo são descritos os procedimentos metodológicos da pesquisa em foco.

expansão depende da comunicação entre seus participantes (Castells, 2000). Quanto maior e melhor esta se dá, maior a probabilidade de trocas e parcerias. A dinâmica da rede está relacionada com o compartilhamento de valores e objetivos comuns de seus integrantes numa relação de horizontalidade. Essa dinâmica se apoia num clima de convivência solidária em prol do bem comum que, em nossa pesquisa, é a saúde das crianças/adolescentes e seus familiares usuários de crack.

A rede socioassistencial de Porto Alegre para atendimento a crianças e adolescentes usuários de crack ou cujos pais fazem uso da substância está, metaforicamente, configurada por nós: em cada nó se localiza um dos parceiros que a integram, a saber: a Vara da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar (CT), a Proteção Social de Alta Complexidade, a Proteção Social de Média Complexidade, os SAIs, o Serviço de Acolhimento Noturno (SAN), os Caps ad A e B. Contudo,

um dos maiores desafios para a constituição de redes é quebrar a cultura vertical de trabalho, que no Brasil é reforçada pela relação assimétrica⁹ de poder existente na construção histórica da sociedade. Além desse desafio, é necessário que as instituições, embora tenham vocações profissionais diferenciadas, construam um projeto comum. (Assis & Farias, 2013: 223)

Para se compreender melhor os serviços oferecidos em Porto Alegre à população infantojuvenil e suas famílias, apresentamos o cenário institucional existente nesta capital.

Na assistência social, as ações e serviços de proteção à criança e ao adolescente são gerenciados pela Fasc nas 17 regiões da cidade. A porta de entrada desses serviços se constitui pelos 22 Centros de Referência de Assistência Social (Cras), referenciados pelos serviços especializados e pelos nove Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). A Fasc dispõe de programas e serviços direcionados à população infantojuvenil. De acordo com as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Fasc dá retaguarda aos dez Conselhos Tutelares da cidade que têm a função de zelar pela garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

⁹ Assimetria nas relações de poder existente do rico sobre o pobre, do branco sobre o negro, do homem sobre a mulher, do adulto sobre a criança. Esse assunto tem sido tratado por Viviane Guerra e Maria Amélia Azevedo. Disponível em: <www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/livros.htm>.

Há várias ações e programas que atendem usuários de crack/drogas e população de rua. Entre eles, destacam-se na área da assistência social:

1) Programa Municipal de Execução de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (Pemse) – executado pelo Creas, atende usuários de drogas. A coordenação da execução das medidas socioeducativas aplicadas pela justiça a adolescentes de 12 a 18 anos residentes em Porto Alegre foi municipalizada em 2000. O programa foi implantado obedecendo às divisões regionais do Conselho Tutelar. Na primeira etapa da municipalização, teve início a execução das medidas de prestação de serviços à comunidade e, em 2002, das medidas de liberdade assistida. Não há número definido de vagas, pois a demanda enviada pelo Juizado deve ser absorvida imediatamente pelo município.

2) Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano – atende adolescentes de 15 a 18 anos, priorizando os que apresentam maior grau de vulnerabilidade social (como o usuário de drogas) e os egressos do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e do Pemse. São oferecidas oficinas, palestras e grupos de discussão sobre questões da juventude, como sexualidade, trabalho, violência, drogas e cidadania. Os adolescentes recebem bolsa-auxílio no valor de R\$ 65,00¹⁰ e elaboram um projeto social para aplicação em suas comunidades. Em 2012, o programa beneficiava 519 indivíduos, divididos em 15 turmas distribuídas nas regiões de abrangência dos centros regionais.

3) Casas de Acolhimento – abrigos residenciais que oferecem acolhimento imediato a crianças e adolescentes de ambos os sexos em situação de rua e a crianças/adolescentes de 0 a 18 anos em situação de vulnerabilidade (incluindo uso de drogas) com determinação judicial. O atendimento é integral e temporário, até que sejam encaminhados novamente para suas famílias, ou para famílias substitutas, ou para outros serviços da rede. São 12 equipamentos municipais e 68 entidades conveniadas. Os equipamentos deveriam atender de dez a 20 crianças. Mas, como o abrigo municipal funciona como porta de entrada, poderá excepcionalmente acolher um número maior de crianças a pedido do juiz, como no caso do recebimento de grupo de irmãos. Existe também em Porto Alegre o Núcleo de Acolhimento, com a função de direcionar para quais espaços as crianças a serem acolhidas deverão se dirigir. Mas, diante da demanda crescente, a porta de entrada tem sido os abrigos próprios da Prefeitura.

¹⁰ O salário mínimo na época (2012) era R\$ 622,00.

4) Casas Especiais (formato de abrigo) – criadas a partir do reordenamento do Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome (MDS) para os SAIs. São dois espaços municipais diferenciados (abrigo I e abrigo II) para acolher e prestar atendimento a dez adolescentes entre 12 e 18 anos, em situação de transtorno de conduta, uso de substâncias psicoativas ou com ato infracional.

O adolescente acolhido no abrigo I pode optar por não cumprir ali o mandato judicial que lhe foi imputado e voltar para a rua ou, no caso de ter uma audiência no programa Justiça Restaurativa, aguardar a chamada nesse abrigo.

Inicialmente, o abrigo I foi implantado para atender adolescentes de ambos os sexos, porém nunca recebeu uma menina.

O abrigo II não fornece essa retaguarda para a Justiça Restaurativa. São meninos bastante comprometidos, devido ao abuso do crack e outras drogas e a comportamentos delinquentes, e o espaço comporta dez deles. O abrigo é mais organizado porque os meninos permanecem mais tempo na casa.

5) Casa Lar – abriga crianças e adolescentes em situação de destituição do pátrio poder ou rompimento de vínculos familiares. Cada casa recebe até dez crianças que são cuidadas pela mãe social. O programa começou a funcionar em 1995, com três casas, e em 2012 possuía 46 unidades instaladas. Em outubro de 2012 a Proteção Social de Alta Complexidade informou existirem 68 unidades residenciais/SAI com 763 acolhidos (60% do sexo masculino). Desses, 56 são espaços conveniados (537 acolhidos) e 12 são municipais (226 acolhidos).

6) Ação Rua – dirigido para crianças, adolescentes em situação de rua e seus familiares, contava, em 2000, com um serviço chamado Educação Social de Rua. Tinha equipe baseada no centro da cidade, que abrangia todo o município. Em 2007 ele foi regionalizado e instituiu-se um novo projeto técnico chamado Ação Rua. Há 13 núcleos do Ação Rua que fazem abordagem social e acompanhamento das famílias e das crianças e adolescentes em situação de rua em cada região da cidade e são vinculados a cada um dos Creas.

Esse serviço conta com equipe composta por psicólogo, assistente social e educadores, que faz a abordagem de meninos que estão em situação de rua ou de trabalho infantil nos territórios, visando a conhecer o contexto de onde eles vêm e a causa de estarem na rua. A partir daí, entra em contato com a família com o intuito de inseri-la no acompanhamento familiar e nos programas disponíveis, como os que são oferecidos pelo cadastro único, como o Bolsa Família. Os profissionais que trabalham nesse serviço relatam a dificuldade que

enfrentam para abordar pais ou crianças e adolescentes usuários de crack das comunidades. O crack é utilizado em áreas dispersas e específicas dentro das comunidades que, por sua vez, constituem-se como minicidades.

Pessoas em situação de rua apresentam elevada vulnerabilidade para o uso de crack. Neiva-Silva (2008) constatou probabilidade de 98,9% para o início do consumo de crack entre participantes de sua pesquisa que não moravam com a família, estavam há mais de cinco anos na rua e, em geral, passavam mais de oito horas na rua. Já os que moravam com a família, estavam há menos de cinco anos na rua e ficavam menos de oito horas na rua, e a probabilidade de início de uso de crack foi de 2,1%.

O serviço Ação Rua é reconhecido por alcançar resultados importantes para a cidade, porque, por meio de suas ações, conseguiu diminuir o número de crianças e adolescentes em situação de moradia na rua. Desde 2003, o município constituiu uma microrrede que trabalha acompanhando os casos de meninos que fazem da rua a sua moradia. Em geral, são usuários de drogas mais graves.

A partir da implantação do Ação Rua, houve uma diminuição dos casos mais graves em que há moradia na rua. Também foi possível verificar mais casos de trabalho infantil. Isso porque as equipes, que trabalham em regiões longínquas da cidade, conseguem identificar mais rapidamente uma situação de trabalho infantil, o que permite o acompanhamento dessas famílias. Quando o serviço iniciou em 2007, a equipe monitorava em torno de 250 meninos em situação de rua. Em 2012, diminuiu para aproximadamente 90 meninos.

Na área da saúde, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 distritos sanitários, que formam as gerências distritais. Essas gerências são estruturas administrativas e gestoras regionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. Na cidade, estão distribuídas em oito regiões de saúde, que são compostas por unidades de saúde, centros de especialidades e serviços especializados ambulatoriais e substitutivos. Sob a Coordenadoria Geral de Urgências, nos territórios dos distritos sanitários e das gerências distritais, estão os pronto-atendimentos, as bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e os hospitais gerais e especializados próprios e conveniados ao SUS, com portas de urgência e emergência. Esse conjunto de equipamentos de saúde forma a rede de serviços do SUS na capital gaúcha. Porto Alegre oferece

diversos dispositivos relacionados com o uso de drogas de crianças e adolescentes, que são gerenciados por esferas de gestão municipal, estadual e federal.

Na esfera federal destaca-se o Grupo Hospitalar Conceição, um dos sete hospitais federais gerenciados pelo Ministério da Saúde. Tem um complexo integrado por três hospitais (Conceição – geral, Fêmeina – maternoinfantil, Cristo Redentor – trauma), 12 unidades de saúde comunitária conveniadas com a Prefeitura e alguns dispositivos especializados que atendem o campo da saúde mental, a saber, um Caps II (adulto), um Caps ad III (funciona 24 horas, a semana toda), um Caps I (para crianças e adolescentes), uma equipe de Consultório na Rua, unidade de internação psiquiátrica no Hospital Conceição e uma equipe de interconsulta do município.

Na esfera estadual, a Secretaria Estadual de Saúde mantém duas alas de internação para usuários de drogas no Hospital Psiquiátrico São Pedro. As duas alas (adulto e infantil) oferecem também atendimento ambulatorial de referência ao Distrito Sanitário da Lomba/Parthenon, bem como matriciamento para o respectivo distrito. O atendimento infantil é promovido pelo Centro Integrado de Atenção Psicossocial – Infância e Adolescência (Ciaps) e se constitui como serviço de atenção integral à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, ao usuário de drogas, e oferece um espaço de atendimento em saúde mental com equipe interdisciplinar.

Na esfera municipal, a Secretaria Municipal de Saúde oferece serviços próprios e credenciados, distribuídos pelos distritos sanitários, regionalizando os recursos para o atendimento da saúde da população. Ao todo, Porto Alegre conta com 45 unidades básicas de saúde e sete centros de saúde, organizados em forma de pronto atendimento. Os centros de saúde têm equipes de referência em saúde mental (psicologia, psiquiatria e neuro), que atendem as demandas encaminhadas pelas equipes de Saúde da Família, referência para o uso abusivo de drogas e intercorrência em saúde mental.

Os seguintes serviços oferecem atendimento especializado em saúde mental e uso de drogas na rede da capital:

- Centro de Saúde Santa Marta: onde funciona o Núcleo de Atenção Integral a Criança e Adolescente em Idade Escolar (Nasca), que trabalha conjuntamente com a rede de educação do município.
- Caps ad IAPI: Caps ad conveniado com o Hospital Mãe de Deus, no Distrito Sanitário IAPI. Há o atendimento de adolescentes e trabalho de matriciamento para o respectivo território.

- clínicas para atendimento a usuários de drogas: São José é particular e a Prefeitura paga por vagas para adolescentes de 14 anos em diante, e Gramado atende adolescentes de 12 a 14 anos.
- duas Comunidades Terapêuticas conveniadas: Pacto, para homens, tem orientação religiosa; Marta Maria, para mulheres. Há casos de mães internadas pelo uso abusivo de crack, junto com seus filhos, bem como de adolescentes.

Há também na esfera municipal a rede de Atendimento de Urgência e Emergência, que oferece atendimento multiprofissional, contemplando também a atenção a crises em saúde mental e uso de drogas. Compõem essa rede: Glória, Cruzeiro do Sul e Cristal – Caps ad –; Bom Jesus – ambulatório e pronto atendimento –; Lomba do Pinheiro – ambulatório e pronto atendimento – e Samu.

Peculiaridades da rede e do uso do crack em Porto Alegre

Porto Alegre apresenta diferenças territoriais consideráveis com relação a cidades como Rio de Janeiro e São Paulo. Não existe uma cracolândia na cidade, mas sim algumas concentrações de usuários e usuários-trafficantes, com intensa fluidez territorial. Não foi implantada a política de recolhimento compulsório de usuários de crack na capital gaúcha pela resistência de diversos coletivos organizados, tais como: Conselho Regional de Psicologia, Fórum de Redução de Danos e Fórum Gaúcho de Saúde Mental, as secretarias estaduais de Saúde, Justiça e Direitos Humanos e Segurança, e o comando da Brigada Militar.

Em 2015, ainda segue em tramitação o projeto de lei (PL) para internação compulsória (PL n. 090/13) na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. E encontra-se no Senado o PL n. 7.663/2010, que altera a lei n. 11.343/2006¹¹ e prevê o recurso da internação compulsória de modo diferente do preconizado na Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001). Cabe ressaltar que o Rio Grande do Sul é um dos estados com elevados índices de processos de internação judicial (compulsória), segundo profissionais entrevistados na pesquisa que originou este capítulo.

Em abril de 2012 foi inaugurado o serviço de atendimento psicossocial álcool e drogas IAPI (Caps ad III) que passa a atender 24 horas, em parceria

¹¹ A lei 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

com o Hospital Mãe de Deus. O Ministério da Saúde repassou R\$ 100 mil para a adequação do Caps às atividades 24 horas.

Foi inaugurado em outubro de 2015 o centro colaborador da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), sob a coordenação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O centro é composto por uma unidade de internação, com 20 leitos para tratamento de dependentes de crack e outras drogas, 32 leitos clínicos de apoio à emergência do hospital e do ambulatório em crack e outras drogas. Essa unidade recebe encaminhamento de pacientes com história de uso de crack de duas emergências psiquiátricas da cidade localizadas em postos de saúde e gerenciadas pela central de regulação de leitos do município.

O hospital trabalha também para a ampliação de 12 leitos para mulheres na Unidade Álvaro Alvim (UAA), que se juntarão aos 20 já disponíveis para os homens, além dos 66 leitos clínicos.

Os dependentes de crack que são de classe alta costumam buscar atendimento principalmente em duas clínicas da cidade (Pinel e São José), que mantêm um programa para usuários de substâncias psicoativas.

A Secretaria Municipal de Educação realiza ações de prevenção ao uso de drogas de forma geral no programa Saúde na Escola e nas atividades esportivas e recreativas. Em 2011, a Prefeitura e a Central Única das Favelas (Cufa) assinaram parceria no projeto Circuito Papo Reto Porto Alegre, para prevenção ao uso de crack entre alunos das escolas municipais de ensino fundamental e médio. Em 2012 foram realizadas palestras e atividades lúdicas, como oficinas de fotografia, teatro e grafite, festival de teatro, exposição fotográfica e mostra de grafite.

Na esfera da justiça, a Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos do estado conta com o Departamento de Políticas Públicas sobre Drogas, que é encarregado de promover ações que contribuam para a inclusão social do cidadão, reduzindo os riscos de envolvimento com drogas. Também é papel do departamento cumprir os objetivos do Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas e promover a educação e a socialização do conhecimento sobre drogas no estado. Ainda cabe a esse órgão promover políticas de prevenção, orientar as famílias de usuários e auxiliar na reinserção de dependentes químicos na sociedade, além de gerir o Fundo Estadual sobre Drogas e estabelecer as prioridades para o cumprimento das recomendações do Conselho Estadual sobre Drogas.

Crack, É Possível Vencer é um programa coordenado pela Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos. Lançado no dia 17 de abril de 2012, o programa prevê o aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários de drogas, o fortalecimento das ações policiais contra o tráfico e a ampliação das atividades de prevenção.

O Mapeamento dos Bens Oriundos do Tráfico é outra ação efetuada, responsável pelo levantamento de todos os bens apreendidos do tráfico de drogas para serem leiloados. Os recursos com a venda dos bens alimentarão o Fundo Estadual sobre Drogas.

Até o ano de 2013, houve uma reunião com os Conselhos Municipais de Drogas do estado e com a população em geral, para o debate sobre as drogas, no Seminário proposto pelo Departamento de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Justiça e dos Direitos Humanos do Rio Grande do Sul. Há também o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, que, por ocasião de sua reorganização e da elaboração de novo regimento em 2011, previu a realização das Conferências de Políticas sobre Drogas a cada quatro anos, o que, entretanto, não foi deliberado pela Plenária em 2013.

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

Esta seção apresenta a descrição dos SAIs que compuseram a amostra pesquisada em Porto Alegre com relação ao uso, ou não, de crack e/ou de drogas em geral por crianças e adolescentes acolhidos e/ou por seus familiares. Estão apontados os serviços frequentados regularmente pelos adolescentes usuários de crack e aqueles oferecidos aos seus familiares usuários de crack. Diferentes aspectos dos SAIs visitados são ainda apresentados, bem como a capacitação profissional para lidar com o tema do crack e outras drogas.

Nos 21 SAIs visitados em Porto Alegre foram encontradas 158 crianças e 122 adolescentes, 280 no total. Como se pode constatar na Tabela 1, apenas um dos serviços recebe crianças que usam drogas e nenhum abriga criança usuária de crack. Na fase da adolescência, a realidade é distinta, há nove serviços com acolhidos que usam drogas em geral e em quatro unidades há menção ao uso específico de crack. Considerando-se o uso de crack e outras drogas pelos responsáveis dos acolhidos, nota-se situação bem mais grave na maioria dos serviços: em 16 unidades há responsáveis por crianças e em 15 instituições

os responsáveis por adolescentes são referidos pelo uso de drogas em geral. Em 14 serviços há familiares responsáveis por crianças e em 11 unidades há adolescentes com responsáveis referidos pelo uso do crack.

Tabela 1 – Serviços de Acolhimento Institucional que atendem crianças e adolescentes e seus responsáveis com história de uso de crack e drogas em geral (N=21 SAIs). Porto Alegre – setembro a dezembro de 2011*

Consumo de drogas	SAIs que atendem crianças		SAIs que atendem adolescentes	
	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	1	4,8	9	42,9
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	-	4**	19,0
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	16	76,2	15	71,4
Responsáveis com história de uso de crack	14	66,7	11	52,4

* Informação dada pelo gestor do serviço.

** Das quatro adolescentes registradas como usuárias de crack pelos SAIs, duas estavam em internação hospitalar para desintoxicação, a terceira em desintoxicação no próprio abrigo e apenas uma estava há um tempo sem usar drogas.

Entre as 280 crianças e adolescentes acolhidos em SAI no momento da pesquisa, os gestores e técnicos indicaram o uso do crack por criança, adolescente e/ou seus responsáveis em 114 casos (40,7%), o que gerou igual número de prontuários analisados e questionários respondidos. Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição do número de crianças e adolescentes investigados segundo o uso próprio de substâncias e/ou seus responsáveis. Nota-se que 13,1% dos adolescentes fazem uso de drogas em geral, e 3,3% de crack. Constata-se também que 78,5% das crianças e 54,9% dos adolescentes têm responsáveis abusadores de drogas em geral; e que 51,9% das crianças e 24,6% dos adolescentes têm responsáveis abusadores de crack.

Tabela 2 – Uso de uso de crack e drogas em geral por crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional. Porto Alegre – setembro a dezembro de 2011*

Consumo de drogas	Crianças N=158		Adolescentes N=122		Total N=280	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas em geral pela criança ou adolescente	1	0,6	16	13,1	17	6,1
Uso de crack pela criança ou adolescente	0	0,0	4	3,3	4	1,4
Responsáveis com história de uso de drogas em geral	124	78,5	67	54,9	191	68,2
Responsáveis com história de uso de crack	82	51,9	30	24,6	112	40,0

* Informação dada pelo gestor do serviço.

O consumo de crack entre crianças não foi informado, e apenas quatro adolescentes são assim referidos na amostra de abrigos investigada. Em relação ao uso de drogas em geral, tem-se 0,6% das crianças e 13,1% dos adolescentes acolhidos. Essa realidade pode não refletir exatamente o que acontece em todas as unidades de acolhimento do município, especialmente no que se refere ao uso de crack, em decorrência do encaminhamento privilegiado de usuários de drogas para unidades específicas (abrigo I e abrigo II) não participantes da amostra selecionada, conforme anteriormente mencionado.

O percentual de uso de uso de crack e drogas em geral entre os responsáveis é alto, em particular entre as crianças, podendo acarretar-lhes negligência nos cuidados primários. É sabido que os pais, ou quem esteja na função materna ou paterna, servem de modelo de comportamento para seus filhos. Conviver com a presença de drogas desde a infância pode ser considerado um fator de risco para o posterior uso de drogas dos filhos. Também são relevantes a alta frequência do consumo do crack e outras drogas pelos responsáveis dos adolescentes da amostra.

Os quatro SAIs referem que os adolescentes acolhidos, usuários de crack, frequentam regularmente os serviços de atendimento médico, psicológico/psiquiátrico e de orientação sexual. Três SAIs informam que os adolescentes frequentam a escola regularmente, fazem tratamento para dependência química, participam de atividades culturais e festividades na comunidade. Dois SAIs

confirmam que os adolescentes recebem reforço escolar e atendimento para dificuldades de aprendizagem, atendimento especializado para pessoa com deficiência, assistência jurídica, praticam atividades religiosas, esportivas e participam de grupos de mútua ajuda. Somente um serviço relata que os acolhidos estão em curso de capacitação/qualificação profissional/geração de trabalho e renda e foram encaminhados para trabalho.

Nos quatro SAIs que acolhem esses adolescentes, nota-se que diversos serviços não são oferecidos às famílias por nenhuma deles. Apenas um SAI informa encaminhamento para grupos de mútua ajuda, atendimento psicológico/psiquiátrico, acompanhamento social, encaminhamento para serviços para tratamento de dependência química, apoio financeiro, inserção em programa/serviço oficial ou comunitário de auxílio/proteção à família e assistência jurídica.

Alguns aspectos dos 21 SAIs visitados na pesquisa merecem ser destacados:

1) a maioria das unidades é recente: sete funcionam há menos de três anos (33,3%); dez têm entre 5-10 anos de existência (47,5%); dois, entre 11-16 anos (9,6%); e outros dois são bem antigos, funcionando entre 53 e 58 anos (9,6%);

2) 13 serviços (61,9%) funcionam na modalidade de abrigo institucional; sete como Casa Lar em comunidade (33,3%) e um é uma Casa Lar sem especificação de localização (4,8%);¹²

3) há ampla variação no número de crianças acolhidas: 0 a 29, com uma média de 7,5 crianças (DP=7,3) por serviço. Quanto aos adolescentes, há oscilação entre nenhum presente no serviço no momento da pesquisa até 12, com média de 5,8 adolescentes;

4) os SAIs atendem crianças ou adolescentes com as seguintes especificidades: em situação de rua – 100,0%, com transtorno mental – 95,2%, ameaçados de morte – 95,2%, com doenças infectocontagiosas – 95,2%; 90,5% dos serviços atendem usuários de drogas, incluindo-se o crack;

5) 57,1% dos SAIs são entidades não governamentais; 23,8% são unidades públicas estaduais e 19% públicas municipais;

¹² Os SAIs são subdivididos em duas modalidades, com base na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Brasil, 2009a) e de acordo com as Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento de Crianças e Adolescentes (Brasil, 2009b). A primeira deverá ser realizada em unidade residencial para, no máximo, dez crianças e/ou adolescentes, com a presença de uma pessoa ou casal atuando como educador residente. Na segunda modalidade, o atendimento se dará em uma unidade institucional com características residenciais, para grupos de até 20 crianças e/ou adolescentes.

6) a maioria dos serviços não tem orientação religiosa (61,9%); 19% se declaram evangélicos e igual montante católicos;

7) todos os SAIs têm equipe técnica própria. A maioria conta com psicólogo (85,7%) e todos têm assistente social. Alguns outros profissionais são apontados em 52,4% dos serviços: educador, educador físico, pedagogo, enfermeiro, psicopedagogo e técnico administrativo.

A capacitação dos profissionais que trabalham nos SAIs deixa a desejar. Está mais voltada para o uso de substâncias psicoativas em geral, sem privilegiar o crack. O melhor cenário de capacitação é observado entre a equipe técnica: sete SAIs referem tal fato (33,3% do total pesquisado), com 16 profissionais que receberam capacitação para a questão do uso de drogas em geral (incluindo o crack). Em quatro SAIs (19%) se capacitaram 15 cuidadores. Em três SAIs (14,3%) seis profissionais do setor administrativo foram capacitados. Depreende-se, pois, que poucos são os profissionais qualificados para trabalhar com a população acolhida, questão fundamental para que o serviço funcione de forma qualificada e cuidadosa com os seus usuários e os profissionais que aí trabalham, e que será tratada adiante.

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

O perfil das crianças, adolescentes e famílias com história de uso de crack em Porto Alegre foi levantado com base nos prontuários dos acolhidos em SAI e em entrevistas realizadas com os adolescentes, familiares e atores da rede. As entrevistas com os adolescentes e com os familiares versaram sobre a sua história de vida e sua experiência, efeitos e consequências do uso pessoal e/ou dos familiares da substância, vivência de rua e existência de familiar internado ou preso devido ao uso do crack e drogas em geral. Os atores da rede responderam sobre as principais causas e consequências do uso do crack por essa população.

Conforme apresentado anteriormente, há 280 crianças e adolescentes nos 21 SAIs visitados, 114 deles identificados pelo gestores como adolescentes, ou seus responsáveis, usuários de crack. Para esse grupo de 114 crianças e adolescentes, avaliados individualmente com base em seus prontuários, apresenta-se o seguinte perfil: 1) idade média de 5,1 anos (DP=4,9) e 54,4% do sexo feminino; 2) 67,5% frequentam a escola; 3) 58,8% moraram com

alguém com problema com o uso de crack/drogas, nos últimos 30 dias antes do acolhimento. Nesse subgrupo, sobressai o uso do crack por algum familiar em 43,9% dos acolhidos. Álcool e cocaína são outras drogas nomeadas; 4) 31,6% da população em foco têm algum problema de saúde, especialmente HIV/Aids (4,4%). Doenças genéticas ou congênitas são relatadas em 3,5% dos acolhidos, 9,6% deles apresentam comportamentos agressivos e igual número, sinais ansiosos ou depressivos; 10,5%, hiperatividade ou inatenção; 4,4%, transtornos psicóticos; e 2,6%, deficiência mental. Outros problemas de saúde presentes em 8,8% dos acolhidos são: hérnia abdominal, doenças pulmonares (especialmente alérgicas) e gástricas; 5) 44,7% têm trajetória de rua; f) a maioria tem procedimento administrativo na Justiça Vara da Infância e Juventude (96,5%); mais da metade (61,4%) dos procedimentos administrativos/processos na justiça aborda a questão do consumo de crack por parte da criança/adolescente ou seus responsáveis (descrição do fato, encaminhamentos realizados devido à presença desse problema).

Os dois motivos mais frequentes para o acolhimento de crianças e adolescentes foram negligência na família (84,2%) e pais ou responsáveis dependentes do álcool e/ou outras drogas (79,8%). É digno de nota o acolhimento dos usuários por viverem na rua (39,5%) e pelo abandono dos pais ou responsáveis (30,7%). A violência doméstica, que predomina como fator de acolhimento, é a psicológica (24,6%), em detrimento da física (16,7%) e da sexual (9,6%). Outros motivos encontrados foram: carência de recursos materiais da família/responsável (15,8%), ausência dos pais ou responsáveis por prisão (10,5%), pais ou responsáveis com transtorno mental – problemas psiquiátricos/psicológicos (10,5%), criança/adolescente órfão (10,5%), exploração no trabalho ou mendicância (7,9%), entrega voluntária da criança/adolescente pela família de origem (7,0%), ausência dos pais ou responsáveis por doença (5,3%), ameaça de morte (3,5%), violência ou abuso extrafamiliar (2,6%), pais ou responsáveis sem possibilidades para cuidar de criança/adolescente com condições de saúde específicas (1,8%), uso e/ou abuso de substâncias por parte da criança ou adolescente (1,8%), pais ou responsáveis sem condições para cuidar de adolescente gestante (1,8%), uso de crack por parte da criança ou adolescente (1,8%), pais ou responsáveis portadores de algum tipo de deficiência (0,9%) e exploração sexual, como prostituição e pornografia (0,9%). Vários são motivos que podem justificar o acolhimento de uma criança ou adolescente, configurando um quadro de elevada vulnerabilidade.

Em 70,1% dos acolhimentos, a criança foi encaminhada para os SAIs exclusivamente pelo Poder Judiciário, em conformidade com os preceitos da lei n. 12.010/2009 (Lei da Adoção), e em 1,8% pelo Conselho Tutelar. Neste último caso, ainda de acordo com o procedimento adotado antes da Lei da Adoção, em que o Conselho Tutelar teria o poder de conduzir a criança para serviço de acolhimento apenas em situações emergenciais e com a exigência de imediata comunicação ao Ministério Público (MP). A Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) foi responsável por 12,3% das indicações. Casos excepcionais se deveram à solicitação de outros SAIs (2,6%). O trabalho em conjunto do Conselho Tutelar e do Poder Judiciário ocorreu na orientação de 7,9% de crianças/adolescentes. Já a união de esforços entre Judiciário e saúde ou assistência social ou polícia foi responsável por 5,3% dos encaminhamentos.

Oito crianças/adolescentes acolhidos foram dirigidas para tratamento de saúde pelo SAI por histórico prévio de uso de crack (7%). No que se refere aos responsáveis, 61 deles foram levados (53,5%) pelo SAI para tratamento de saúde por uso dessa mesma substância.

No que tange à situação legal da criança ou adolescente usuário de crack ou cujos responsáveis utilizam esta droga, percebe-se a precária possibilidade de adoção. Apenas três (2,6%) crianças e adolescentes com histórico de uso de crack estão legalmente encaminhados para adoção, isto é, estão disponíveis para adoção, aguardando colocação. Nenhum dos acolhidos está em processo de colocação para adoção, ou seja, iniciando a aproximação com adotantes; e 21 (18,4%) têm a destituição do poder familiar concluída, mas ainda sem encaminhamentos efetivos para adoção. No total, apenas 24 (21%) estão em condição legal de adoção. Os demais estão nas seguintes situações: 35 em fase de avaliação/preparação para reintegração/retorno ao convívio com os responsáveis (30,7%); 32 com suspensão do poder familiar (28,1%); 40 com a destituição do poder familiar em tramitação (35,1%); dois em processo tramitando de guarda/tutela ou com sentença pendente de recurso (1,8%).

Do total de crianças/adolescentes, 34,2% já foram abrigadas em outros serviços antes do acolhimento atual e 1,8% já haviam estado no mesmo SAI. Outros dois acolhidos (1,8%) já estiveram em outros SAIs e no mesmo serviço em que foi pesquisado, indicando um longo tempo de institucionalização.

A situação de vínculo familiar da criança/adolescente mostrou-se variada: 62,3% deles têm familiares com quem permanecem vinculados; 28,1% têm

família, mas não mantêm vínculos; 9,6% têm famílias desaparecidas; 1,8% apresenta impedimento judicial de contato com a família; e 2,6% são órfãos. O estudo de Neiva-Silva (2008) em Porto Alegre reitera que a maior parte das crianças e adolescentes em situação de rua mora com suas famílias (71,3%) e que, entre esses, 91,6% têm contato com a família todos ou quase todos os dias.

A proximidade de muitos acolhidos com suas famílias pode ser percebida pelo fato de que 51,8% das crianças e adolescentes recebem visitas na instituição, principalmente das mães (29,8%), avós (12,3%), pai (2,6%), irmãos e irmãs (12,3%), outros parentes (18,4%) e outras pessoas (6,1%). Um percentual de 93,9% das famílias de origem mora no mesmo município no qual a criança/adolescente está acolhido.

Trajetórias de adolescentes acolhidos em SAI com história de uso de crack

Quatro adolescentes e dois familiares foram entrevistados e detalharam sua história de vida e uso do crack. Parte dessas informações está apresentada a seguir.

LAURA tem 15 anos de idade e vive há 11 meses na Casa Lar em que foi entrevistada. Relata que sua vida está boa porque, a partir do momento em que parou com o uso do crack e outras drogas, pôde ficar com o seu filho: “Foi uma vitória do meu filho de eu conseguir parar [de usar drogas]. Faz um ano e quatro meses que não uso”. Voltou a estudar e cursa a terceira série do ensino fundamental.

Comenta que algumas pessoas de sua família nuclear, composta dos pais e nove irmãos, usam drogas. Tudo começou com a separação dos pais. O pai passou a usar drogas e o consumo aumentou com o tempo. Sofreu repetidas internações, ficou mal de saúde e a filha, que sabia sobre ele quando ambos moravam na rua e ali se encontravam, não tem informações sobre o paradeiro do pai. Quanto à mãe, que iniciou o uso de drogas junto com uma irmã, trabalha e não consome mais substâncias psicoativas. No momento da pesquisa, uma irmã de Laura utilizava crack e dois irmãos estavam presos por tráfico de drogas.

Quanto à história pessoal de uso de drogas, Laura relata que aos 12 anos iniciou, por curiosidade, a consumir crack oferecido por uma amiga bem mais velha. Como consequência do uso de droga, três filhos dessa amiga foram levados pelo Conselho Tutelar. Laura chegou a usar crack diariamente, cerca de 20 pedras, gastando aproximadamente 3.000 reais mensais com o vício.

Preferia fumar a substância com cachimbo, e não socializava o uso. Não consumia álcool, mas fumava diariamente, gastando em torno de 100 reais mensais com esse hábito antes do acolhimento na Casa Lar. Ao longo da vida já usou cheirinho da loló, maconha e cocaína.

Os efeitos do uso de crack e outras drogas em sua vida são devastadores: abandonou tudo e passou a morar na rua onde trabalhou vendendo balas em sinais e cuidando de carros para sustentar o vício. Várias vezes Laura foi levada pela polícia para o Conselho Tutelar. Uma vez apanhou de policiais quando dormia numa casa abandonada.

A adolescente relata que perdia a vontade de comer em decorrência da necessidade de consumir a droga. Adoeceu. Indagada sobre como classificaria a sua saúde física e mental nos últimos 30 dias, em pleno acolhimento institucional, Laura refere estar com boa saúde, não tendo nenhum problema nos últimos tempos – nem físico e nem mental.

Sua vida na rua teve muitas idas e vindas. Por dois meses, viveu na rua e consumiu crack com uma irmã mais velha, de quem é muito amiga: “Onde minha irmã estava, eu estava sempre junto”, tanto é que uma vez retornou à casa, mas voltou a viver na rua com essa irmã. Decidiu ir morar em casa de outra irmã, com quem ficou pouco tempo até retornar para a rua, porque “parece que na rua tu fica mais calma, não estressada e triste com as coisas que acontecem em casa”. Entretanto, Laura percebe que morar na rua era “bem perigoso” e decidiu voltar para casa de uma tia. Esse perigo estava relacionado à dívida de alguns jovens do grupo com traficantes de drogas.

FELIPE, 17 anos, é um adolescente em abrigo institucional. Relata que atualmente, a sua vida está boa porque estuda no quarto ano e irá começar um emprego de empacotador no supermercado local em breve.

Conta que sua irmã mais velha, no momento com 22 anos, usou drogas na adolescência por curiosidade: “Tu sabe como é que é vida de adolescente, quer experimentar isso, quer experimentar aquilo, tu acaba querendo usar”. Considera que ela foi um mau exemplo. Hoje em dia, essa irmã, que não mais consome substâncias psicoativas, o auxilia a parar com o vício.

Felipe usava cocaína e maconha antes de iniciar o consumo de crack aos 12 anos, quando, então, juntou “com a gurizada pela rua” e decidiram “usar uma droga diferente”. O uso do crack fez com que precisasse consumir cada vez mais a substância, de forma que começou a roubar para sustentar o vício. Mas o afastamento da família pelo uso do crack o afetou sobremaneira de

forma que decidiu fazer alguma coisa para reconquistar a mãe – “amor de mãe é só um”. Parou de usar o crack e sua mãe retomou o contato, fato que o deixa muito feliz.

Os efeitos do uso das drogas são danosos para Felipe. Refere que seus familiares e amigos se afastaram de tal forma que, ao final, “só está tu ali, tu naquele mundo, tu e a droga”. Somente seu irmão mais novo continuou relativamente próximo. Parou de estudar e também teve problemas com a polícia, de quem muito apanhou. Nessa época, resolveu se internar, mas esse movimento durou pouco. Na clínica, diz: “não é os médicos que vão me dopar de remédios, me dar injeção, que eu vou largar [as drogas], eu tenho que largar do coração para fora”. Hoje em dia, aconselha os outros a não se drogarem e tem orgulho de dizer que está limpo.

Felipe não se reporta aos vínculos afetivos, sociais e/ou profissionais para o auxiliar na descontinuação do uso da droga. Entretanto, Melotto (2009) refere uma interdependência entre a noção de força de vontade, de sustentação do querer com a importância do auxílio que o usuário precisará ter dos outros.

O jovem relata perda de memória (“comecei esquecendo as coisas”) e emagrecimento acentuado (“antes eu era uma taquara, bem magrinho de tanto crack”) como consequências do uso do crack.

Felipe conta sobre a época em que viveu na rua. Optou por morar na rua porque passava por “um período familiar com muita confusão” e tensão, em decorrência da união de sua mãe com o padrasto, com quem discutia muito. Já fumava crack e maconha escondido, quando morava em casa. Mas, ao sair, “já comecei a usar de tudo”. Sua mãe se preocupava e ia atrás dele, procurava auxílio no Conselho Tutelar. Passou um Natal na rua com a irmã e decidiu retornar para casa após o pedido da mãe. “Começou a ficar tudo bem”, mas meteu-se em “encrencas” com o tráfico (“era bonde”) e não pôde mais voltar para casa. Conseguiu sair dessa vida e afastar-se do local (“caí na real”) após quase ser morto por traficantes.

A fala de Felipe e de Laura sobre aos motivos da saída deles às ruas remete ao estudo de Neiva-Silva (2008) com crianças e adolescentes em situação de rua. Nessa pesquisa, identificam-se “diversão e liberdade” (63%) como os motivos mais frequentes de ida às ruas, seguido por violência doméstica (34% – somatório de “discussões em casa”, “apanhava em casa” e “abuso sexual”), busca de sustento para si e para a família (12,5%), morte dos pais (7,4%) e uso de álcool e outras drogas pelos pais (3,7%).

João, 17 anos, é outro adolescente que no momento estudava no quarto ano do ensino fundamental e fazia curso de informática. Já esteve internado na Fase e, posteriormente, numa clínica; mas, para “sair das drogas” veio para o abrigo, onde se encontrava há dois anos e meio.

Relata que o tio paterno fez uso de crack e, no momento da entrevista, encontrava-se internado numa clínica. Quanto ao uso pessoal de drogas, João iniciou com o cigarro, em seguida a maconha, que fumou por muito tempo. Aos 12-13 anos começou a fumar pitico (maconha misturada com crack) junto com amigos. O uso do pitico, fumado na forma de baseado parece ser, de acordo com Domanico (2006: 18),

a maneira menos danosa psiquicamente, pois a “noia” (paranoia), um dos efeitos do crack, é minimizada pelo efeito da maconha, e isso pode ser importante na medida em que administrar a paranoia parece ser um dos principais problemas dos usuários de crack. Trata-se de um sentimento de perseguição que pode levar à violência. Sob a paranoia os usuários desconfiam de tudo e de todos, ouvem vozes e sons que lhes provocam medo e pavor.

João fumou crack na lata por pouco tempo. A mãe adoeceu quando era pequeno e sua irmã adolescente cuidou dele e do irmão. Com 7 anos, começou a trabalhar para o traficante, seu “ex-patrão”, como olheiro, até os 15 anos: “Criança, eu andava com um revólver na cintura”. Foi preso por traficar.

Conta que usava crack e cocaína inalada para se divertir em festas com amigos, “ficava mais loucão”, mas que tem sequelas neurológicas devido ao uso do crack e do cheirinho da loló. Morou durante uns meses na rua, após fugir da clínica onde se encontrava internado por seu pai pelo uso da maconha.

Durante a entrevista, João apresentava problemas sérios na fala e, às vezes, no entendimento do conteúdo indagado. Segundo ele próprio, seu estado era decorrente do uso abusivo do crack, também fumado junto com maconha e misturado com soda cáustica.

PEDRO, irmão mais velho de João, refere que atualmente, a família é composta pelos dois irmãos e o pai. A mãe faleceu quando eles eram crianças. Pedro, narra a sua própria história de uso de drogas. Foi morar com o pai com 13-14 anos e iniciou o uso de drogas por intermédio de João, que trouxe maconha para casa e fumaram juntos. Com o tempo, buscou droga mais forte e experimentou o crack. Por causa do uso, que ainda era ocasional, conheceu um

traficante (“pessoas que fazem coisa errada”) e iniciou, juntamente com o irmão e mais dois amigos “que já morreram por causa de drogas”, a assaltar pedestres “com arma de brinquedo”. Aos poucos, conhecendo “traficantes poderosos, comecei a fazer coisas mais pesadas”, traficar drogas e praticar assalto à mão armada em ônibus. Por isso, precisou sair da vila onde o tráfico se dava. Não retornou para casa, morou na rua e furtou mercadorias de supermercados para sobreviver. Pedro saiu da vida das drogas quando seu pai, vindo de outro município para Porto Alegre, o internou numa clínica. Considera que foram as amizades que o levaram a usar drogas, mas comenta que na adolescência muitos querem experimentar substâncias psicoativas.

Quanto às consequências e aos efeitos do uso do crack na sua própria vida, Pedro esclarece que o “crack enlouquece a pessoa que perde o caráter, perde tudo”. No seu caso, “começou com a droga e passou para o crime”. Referindo-se a João, Pedro afirma que “o mental/psicológico dele se estragou”. Comenta que o irmão sempre teve dificuldade para aprender. Pedro tentou ensiná-lo a ler inúmeras vezes, “só que tem uma coisa nele que ele não consegue aprender porque tem um problema mental e de fala”.

João foi acolhido no abrigo quando Pedro ainda ali se encontrava. Considera estar sendo um tempo bom para João (está há dois anos no abrigo), porque não usou drogas: “Aqui deu resultado”. Pedro considera que, no seu caso pessoal, o abrigo e a clínica o auxiliaram a largar as drogas. Ficou abrigado dos 17 aos 18 anos e “eu aprendi bastante coisa”. Também esteve internado numa clínica psiquiátrica onde era medicado. Não sabe quanto tempo permaneceu lá porque foi internado mais de uma vez.

CAMILA, 18 anos, a quarta adolescente entrevistada, presa por tráfico de drogas para manter o uso compulsivo de crack, não cumpriu o estipulado na audiência com o juiz sobre a medida de liberdade assistida e, por isso, foi internada em regime fechado na Fase. Fazia tratamento no Caps ad cumprindo exigência daquela instituição. No momento da entrevista pretendia sair da internação, que se daria no dia seguinte, e voltar para casa para recomeçar uma vida sem o crack: “Só me fez mal isso aí”. Camila veio algemada da Fase para a entrevista no Caps ad, atitude que não encontra precedente nas premissas contidas no ECA.

Tem um tio que bebia pesado, mas foi obrigado a parar por questões de saúde. Camila relata que sua mãe começou a usar o crack há um ano e mostra-se angustiada com isto: “Eu pensei: ela vai passar por tudo que eu estou passando.

Todo dinheiro que ela tiver, ela vai querer comprar aquilo ali. Ela não vai pensar mais nos filhos, não vai pensar em comer, ela não vai estar nem aí com nada". Acha que a mãe precisa de ajuda para parar o uso. Pretende voltar para casa e auxiliá-la nessa empreitada. Fazem um pacto de não se drogarem quando Camila sair da Fase. Mas reconhece: "Eu sei que não é fácil; eu estou há três meses porque eu estou presa, não tenho mesmo como usar. Eu não sei se estou a fim".

Relata violência intrafamiliar com abuso físico do pai em relação à mãe e a ela própria. Denunciou-o para o Conselho Tutelar, com o intuito de mantê-lo afastado. Nessa convivência permeada pela violência, Camila abusava do uso de droga. Tem cinco irmãos, dos quais três estavam em abrigos há um ano, pelo fato de a mãe usar droga e negligenciar os cuidados aos filhos.

Camila iniciou o consumo da droga com 13 anos, usando o crack fumado com cachimbo (que logo se tornou compulsivo), por curiosidade, com uma vizinha. O dinheiro acabou e ela começou a se empenhar para poder usar a droga: "Eu acabei com a minha vida, parei de estudar". Cursava a sexta série. Não mais se cuidava, porém se internou por vontade própria, mas logo saiu. Arranjou um namorado com quem roubava para conseguir dinheiro para o uso do crack.

A jovem observa que se não tivesse entrado para o mundo das drogas poderia estar estudando e trabalhando e talvez sua mãe não tivesse iniciado o uso da droga: "Porque foi por eu me afastar dela assim que tudo aconteceu; quando eu cheguei, meu pai já não estava mais em casa". Para ela, é muito triste ver a adicção da mãe, com quem já fez uso do crack. É triste porque ela conhece as consequências deletérias de tal consumo:

A pessoa deixa de ser responsável; se a pessoa tem um compromisso, acaba perdendo a hora usando droga; amanhece o dia, com os dias não come, não se alimenta, acaba fazendo besteira, e tem gente que acaba até pegando uma doença, fazendo coisa que não deve, se vendendo para usar o crack.

Quanto aos efeitos do uso da droga em sua saúde física e mental, Camila considera que o uso da substância a deixa irritada e o desejo de fumar crack aparece em pesadelos noturnos. Percebe modificação na memória de curto e médio prazos: "Se me perguntar uma coisa que eu fiz semana passada eu não me lembro mais; de hoje só lembro de ontem." Relata que não esquecerá as suas experiências de uso do crack e não sabe se conseguirá parar de usá-lo.

Para Camila, viver na rua estava associado à necessidade de roubar, prostituir-se, traficar várias drogas. Às vezes, usava crack com cigarro e álcool. A adolescente comenta:

Se pudesse virar dois, três dias fumando, eu virava fumando, por mais que eu não tivesse mais vontade de usar droga, eu conseguia mais para fumar de novo, porque eu estava fraca já, sem comer nada, só usando droga e bebendo, mas eu queria mais.

Como se pode perceber nos relatos anteriores, três dos adolescentes entrevistados mencionaram a “curiosidade” como um motor para o uso do crack. Essa característica é própria da adolescência, que, aliada à busca de novas sensações prazerosas, como a descoberta da sexualidade, da afetividade, das amizades e também do compartilhar do uso de drogas, torna, em muitos casos, o adolescente vulnerável por não atinar sobre os perigos que poderão daí resultar (Schenker & Minayo, 2005).

No estudo de Neiva-Silva (2008), o principal motivo encontrado de uso de drogas ilícitas foi a curiosidade (63%), seguida da influência dos pares (44,6%). Constata-se também que as drogas lícitas foram experimentadas, em sua maioria, quando as crianças e os adolescentes ainda estavam em casa; ao passo que as ilícitas, depois de irem para a rua – solventes (84,9%), maconha (63,3%) e crack (80,6%).

Melotto (2009) traz uma reflexão, com base na pesquisa qualitativa que empreendeu em seu estudo com usuários de crack em São Leopoldo/RS, acerca da curiosidade pelo uso do crack, aliada ao conhecimento da droga, pois as pessoas moravam num contexto de facilidade de uso e acesso a ela. Em suas palavras,

a ‘curiosidade’ enfatizada compreende a vontade de experimentar algo desconhecido, mas que no contexto vivido representa um ‘desconhecido’ de alguma forma conhecido através das relações de proximidade com o crack e com pessoas usuárias em suas comunidades, como se pode observar nas falas de alguns entrevistados. Assim, a curiosidade coloca-se para além de uma disposição individual, constituindo-se relacionalmente em um meio onde o acesso ao crack é facilitado pelo contato cotidiano com pessoas que o utilizam ou vendem. A grande oferta e a facilidade de acesso à droga são questões mencionadas em todos os relatos coletados. (Melotto, 2009: 50)

Três dos adolescentes consideraram o uso de crack problemático a partir do momento que afetou seus laços afetivos. A quebra do vínculo com a família, principalmente a ruptura com a mãe, foi enfatizada por Felipe. A mãe

também surge como figura fundamental para Camila. E a separação dos pais foi traumática para Laura. De forma semelhante, a pesquisa de Melotto (2009) mostra que o uso de crack foi percebido como um problema para os sujeitos, quando passou a acarretar dificuldades ou perdas relacionadas principalmente ao trabalho e aos vínculos afetivos.

Na fala dos adolescentes da pesquisa, a família é considerada instituição importante, seja no início do uso da droga, seja como recurso a se buscar quando há dificuldades, e também para compartilhar das alegrias. Vários estudos apontam a família como um fator de risco e/ou de proteção ao uso de drogas de seus membros (Schenker & Minayo, 2003; Schenker & Minayo, 2004; Schenker, 2011). Neiva-Silva (2008) ressalta que o vínculo familiar foi a variável “preditora” de maior peso em relação ao uso de drogas ilícitas pelos participantes de sua pesquisa, e também em relação aos motivos identificados para que os adolescentes deixassem de frequentar as ruas.

A violência, aliada ao tráfico de drogas, roubo e prostituição (seja praticada por crianças e adolescentes na rua ou da qual eles são alvos), fez parte da trajetória de vida dos adolescentes da pesquisa em foco. Os sujeitos do estudo de Melotto (2009) também tinham a noção de que a violência era um fator de risco associado ao consumo do crack. Em nosso estudo, a fala dos quatro adolescentes e também a de Pedro, irmão de João, revelam a velocidade da deteriorização da vida mental, orgânica e social do indivíduo, pelo uso de crack (Kessler & Pechansky, 2008).

Consequências do uso do crack para o familiar do usuário acolhido

Sr. LEONARDO é pai de adolescente acolhido em abrigo institucional. Está separado da mãe do usuário (há 16 anos) com quem teve três filhos, dois meninos e uma menina. Casou-se novamente com uma mulher com dois filhos, que se dão bem com o adolescente usuário de crack. A convivência em casa é tranquila. Pessoas de sua família fizeram uso só de tabaco.

Para o sr. Leonardo, as consequências do uso do crack “são péssimas” para o filho e para os demais familiares. Observa que o adokescente sem o uso da droga “é tranquilo, obedece, a gente conversa e ele entende”. Quando drogado, “ele faz tudo o que não é para fazer”. Sr. Leonardo explica que a família geralmente não sabe lidar com a situação, “a gente [família] não é especializado para lidar, às vezes mal sabe conduzir os filhos”. Por isso, é necessário o auxílio de pessoas especializadas.

Quanto aos efeitos do uso do crack nas diversas áreas da vida do filho (amizades, estudo, família, saúde), sr. Leonardo nota primeiramente que ele tem facilidade para se relacionar com as pessoas, “para fazer boas e más amizades”, o que torna mais fácil o envolvimento com a droga.

A ideia expressa anteriormente pelo adolescente Felipe e aqui, pelo sr. Leonardo, de que o uso de drogas é influenciado pelo grupo de amigos, nos faz lembrar que a identificação se dá ao revés: é o usuário de drogas quem se aproxima do grupo por semelhança (Oetting & Donnermeyer, 1998; Schenker & Minayo, 2003).

O filho do Sr. Leonardo estudou até o segundo ano do ensino médio. Saiu da escola à época em que se mudou para a casa do pai (sempre morou com a mãe). O pai o matriculou em escola próxima à sua casa. Nos fins de semana, o filho ia visitar a mãe e retornava quase no meio da semana, de forma que praticamente não estudava. Na época já usava o crack (iniciou aos 10 anos com a maconha). Em decorrência do uso da droga, a mãe vendeu a casa onde morava para se afastar das amizades do filho e também porque “ali ele tem mais campo de ação, tem mais facilidade para tudo”.

A relação com a família ficou prejudicada pelo uso da droga, “com a mãe dele, fazia horrores, vendia as coisas de dentro de casa, vendia as roupas dele, tudo que tinha dentro de casa”. Quando a casa foi vendida, já não havia mais móveis.

O usuário foi internado aproximadamente 16 vezes em clínicas pela mãe, pelo pai, pelo serviço social da comunidade em que vivia, pelo posto de saúde, ele próprio também decidiu se internar. Não se nega a tratar, mas recai ao sair da internação. Sr. Leonardo relata que o filho está acolhido devido à dívida com traficantes no local onde morava, “e os caras queriam a cabeça dele”. A mãe gostaria que voltasse a morar com ela, mas teme pela vida dele. Além disso, ela “tem problemas de nervos, é nervosa”.

A visão dos profissionais da rede

Nove profissionais da rede em Porto Alegre foram entrevistados individualmente, visando a conhecer melhor as crianças e adolescentes usuários de crack. A seguir, algumas informações acerca das causas e consequências do uso da droga, na visão de profissionais das áreas da assistência social, saúde e justiça.

Várias foram as causas apontadas referentes ao contexto individual, familiar, grupal e social, bem como a questões relativas à educação da criança/adolescente e à falta de informação sobre o crack e seu uso.

No que se refere ao contexto individual, a coordenadora do Caps ad A menciona uma predisposição genética do usuário, combinada com algum tipo de transtorno não tratado e desenvolvido na infância. Na adolescência, há a procura de um grupo de pertencimento em que a droga é um meio importante de comunicação. A assistente social do SAN ressalta que esse é um período conturbado em que o adolescente inicia a trajetória de rua para ajudar no sustento da casa e acaba por conhecer outra realidade, a da rua e das drogas. Estas dão prazer, porque “se elas não diminuíssem as dores, as dores da falta de afeto, a dor das dificuldades das relações, elas não entrariam na vida de menino”.

Sobre o contexto familiar, a “desestrutura” foi ressaltada por quase a metade dos profissionais da rede, e descrita pela coordenadora do SAN como: relações familiares conturbadas; famílias numerosas com figura paterna quase inexistente; mulheres que têm vários companheiros, com filhos de cada um deles, podendo acarretar negligência. A coordenadora do Caps ad A acrescenta outros aspectos da estrutura e dinâmica familiar: filhos criados por avós; filhos colocados cedo na creche por causa da separação dos pais; a falta de pagamento de pensão alimentícia e, como consequência, a mãe precisa trabalhar e não pode dar atenção aos filhos, que são criados “meio soltos”; filhos criados sem limites devido à ausência do pai; e também violência, negligência familiar ou algum tipo de abuso moral, físico ou sexual.

A fala sobre a necessidade de colocação de limites pela autoridade paterna numa família está relacionada a uma noção dicotômica do senso comum de que cabe ao homem a função da lei e da autoridade e à mulher, a do cuidado/afeto. Mas ambas as funções devem ser exercidas numa família por mãe e/ou pai (em famílias tradicionalmente casadas, recasadas ou uniparentais) ou pelos adultos que estiverem nesse lugar.

Cabe ressaltar que quase a totalidade das características enunciadas também aparece em famílias em que ocorre uso abusivo de alguma substância psicoativa (não necessariamente o crack), conforme mostra estudo qualitativo de Schenker (2011) com famílias de usuários de drogas recrutadas de centros de tratamento ao uso indevido de drogas na cidade do Rio de Janeiro.

A coordenadora do Caps ad B levanta uma questão importante sobre a relação do usuário com a família. Se o usuário dá sinais quando inicia o consumo de drogas, por que a mãe, que trouxe o filho usuário há cinco anos, não percebeu quando ele fumou o primeiro baseado ou pitico? Não observou que ele estava diferente? Não queria ir à escola, não foi mais à sua unidade

de saúde? Essas inquietações remetem ao conceito de “cegueira sistêmica”, característica de famílias com adictos (Schenker, 1993: 206):

Como a droga entra no sistema familiar e instala-se, de forma abusiva, tão sem cerimônia? As histórias peculiares a cada sistema convergem para uma cegueira sistêmica; entretanto, esta é uma cegueira aparente na medida em que o sistema retroalimenta o uso da droga – assim como a droga, usada de forma abusiva, cumpre uma função na vida sem perspectivas, desmotivada, frustrada, deprimida do indivíduo, também cumpre uma função no sistema familiar: serve para obnubilizar, anestesiá-la as sérias dificuldades que perpassam as relações intergeracionais de seus membros.

No contexto grupal uma das causas que se destaca é o envolvimento com pessoas que façam uso da substância. Como a droga dá prazer, “pode ser que ele desenvolva a dependência química” (coordenadora do Caps ad B).

De acordo com Schenker e Minayo (2003: 301),

Também os amigos e colegas de escola formam grupos de intimidade, influenciando, de forma marcante, a transmissão de normas na fase da adolescência. Por disporem de laços fortes e monitorarem, diretamente, atitudes e comportamentos de seus membros têm um papel muito importante nessa etapa da vida. Vários autores (Oetting e Donnermeyer, 1998) têm encontrado forte ligação entre o uso de droga dos pares e o uso de droga pelo adolescente, porém, as investigações também evidenciam que os adolescentes não são cooptados por amigos antissociais, mas eles se tornam atraentes pelo fato do meio familiar apresentar abundância de conflitos e desengajamento interpessoal. Nesses casos, em geral, os pais não implementam práticas efetivas de educação que equilibram afeto, atenção e limites para os filhos.

Como fatores relevantes do contexto social mais amplo (estrato social e suas características, vida em comunidade, tráfico, homicídio, entre outros), alguns atores da rede referem o uso do crack por pessoas de baixo poder aquisitivo oriundas de classes desfavorecidas, conforme estudos acerca do perfil do usuário de crack (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008). Entre esses fatores, segundo a assistente social do SAN, sobressaem: miserabilidade das comunidades, empregos precários e falta de qualificação para entrar no mercado de trabalho, fruto de questão social existente secularmente no país.

A gestora da Proteção Social de Alta Complexidade comenta a vida em comunidade dessa população, ressaltando a falta de fronteiras entre o espaço público e o privado:

A comunidade é que determina muita coisa da sua cultura. Até pela falta de delimitações de espaços físicos. Como eles moram muito aglomerados, as casas meio juntas me dá uma ideia de que tem toda essa força do coletivo, do público. Então, a vida nas comunidades é todo mundo muito junto, fazendo a mesma coisa, dormindo, comendo, indo ao banheiro... sem fronteiras. Dentro das casas é assim. Então me ocorre que é um pouco por aí esse fenômeno. No momento em que o crack ou qualquer outra droga se encontra dentro da comunidade, ele está por tudo, porque não existe ali o privado. Somado a toda a situação de vulnerabilidade, falta de informação, educação, saúde e falta de estrutura familiar.

O entendimento da gestora acerca da vida em comunidade das classes populares remete a uma certa promiscuidade social, como se a constituição do espaço físico determinasse a forma de convivência. Mas a privacidade das relações familiares se mantém de acordo com as normas e regras de cada família. Talvez o que as classes populares constroem no seu cotidiano seja a solidariedade evidenciada na proximidade da vizinhança e no desvelo com o próximo.

Um contraponto à noção do consumo da droga pelas classes populares surge na fala do conselheiro tutelar entrevistado, que ressalta como o crack atinge indiscriminadamente as diferentes classes sociais. O conselheiro menciona, entre outros, um caso de usuário de um estrato popular: “A casa estava no chão batido porque o pai tirou as tábuas para vender os pregos para consumir droga [crack]. Então, as três crianças estão indo para adoção”; e outro de um morador de um apartamento de classe média. O conselheiro encontrou as paredes abertas porque o usuário estava tirando os ferros da obra para vender e comprar a droga. “Com ele, morava uma criança”; “a mãe de classe média alta abandonou sua criança de dois anos trancada no quarto de um hotel [que ligou para o Conselho Tutelar]. A mãe tinha fugido de casa, sacado o dinheiro que tinha [R\$ 2.000,00], sumido por dois dias para fumar crack direto e esqueceu essa criança no hotel”.

A coordenadora técnica do SAI ressalta, a partir de um relato de caso de uma família com usuários há três gerações (incluindo a família extensa), que a família usuária serve de modelo para as gerações seguintes, especialmente quando vive em comunidade onde há tráfico de drogas. O tráfico e os homicídios são citados pelo juiz ao explicar que “a sociedade está doente”, porque antigamente os homicídios ou as tentativas de homicídio eram, na

maior parte dos casos, crimes passionais, mas atualmente cerca de 80% dos processos de júri são de “traficantes matando traficantes”, e o crack veio reforçar essa situação.

Os últimos fatores mencionados pelos entrevistados incluem as falhas decorrentes do processo educativo de cativar e cuidar das crianças e adolescentes, de forma a mantê-los na escola, e a falta de informação da família e da escola sobre o crack e seu uso (coordenadora do Caps ad B). O conselheiro tutelar argumenta que o senso comum promove um “marketing negativo com relação ao uso do crack”, principalmente para o sexo masculino, porque “o homem pensa que pode fumar uma pedra de crack e não se viciar, já que usou outras drogas e conseguiu parar”.

Várias foram as consequências mencionadas pelos profissionais da rede para a vida dos usuários de crack, englobando o contexto individual, familiar e social, bem como questões relativas à educação, saúde e trabalho.

No contexto individual destaca-se o isolamento: “O crack traz consigo o isolamento, e o usuário se comporta como se fosse um rato, uma coisa no escuro, do esgoto, da noite” (coordenadora de Caps ad B). Também foi mencionado, por uma assistente social do SAN, que a família e a comunidade costumam rotular o usuário, contribuindo para estigmatizá-lo.

No contexto familiar, surge a “desestrutura” familiar como elemento relevante – causa e consequência do uso de crack, na visão dos profissionais da rede. O juiz comenta que as mães que usam crack têm um filho a cada ano, portanto, a família costuma ser numerosa (até oito crianças), e cada criança é cuidada por um ou mais familiares, sem que haja contato entre os irmãos. Em outros casos, a criança vai para um SAI, já que a mãe não tem condições de cuidar de sua prole. Também ocorre de os avós serem usuários de crack. O conselheiro tutelar observa que o relacionamento familiar é rompido porque os usuários são colocados para fora de casa ou decidem sair por não aceitarem o controle exercido pelos pais. Nas palavras da coordenadora de Caps ad A:

Em algum momento a família vai cansar. Vai ver que ele está pegando as coisas de casa, está mentindo, quebrando todas as combinações. A família ajuda uma vez, outra vez, e daqui a pouco ela se cansa. A mãe do usuário pensa: preciso garantir o espaço para os outros ou para que eu possa também não perder esse emprego, porque daqui a pouco, como é que eu vou dar conta de tudo isso.

A experiência nesse Caps ad é que as mães desses adolescentes buscam interná-los como “um descanso para elas ou uma segurança”. Outro aspecto relatado é que, inúmeras vezes, a família protege o usuário durante anos, até mesmo buscando a droga para não expor seu filho. A família superprotege o usuário.

Na esfera da educação, para quase metade dos profissionais da rede, os usuários permanecem à margem da escola por evasão ou déficit cognitivo. Com baixa escolaridade, sem qualificação, têm dificuldades de inserção no mercado de trabalho.

Na área da saúde, quase metade dos atores da rede refere deterioração da saúde dos usuários e da família. Os problemas de saúde comumente encontrados acometem cérebro, pulmão, além do risco de contrair HIV/Aids devido à promiscuidade sexual ou à prostituição. Domanico (2006: 20) enuncia os danos decorrentes do uso do crack:

são indubitáveis os problemas respiratórios causados pela inspiração de partículas sólidas no ato de fumar essa droga. Por ser um estimulante, causa também perda de apetite, falta de sono e agitação motora. Estes efeitos dificultam, por sua vez, a ingestão de alimentos, podendo levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Observam-se, também, outros sintomas como rachaduras nos lábios, causados pela falta de ingestão de água e de salivação, cortes nos dedos das mãos causados pelo ato de quebrar as “pedras” para uso, além de queimaduras nos dedos e, em alguns usuários, no nariz, causadas pela chama usada para fumar o crack ou até mesmo pela sua própria combustão.

A coordenadora do Caps ad B relata que a primeira instituição a ser abandonada pelos usuários é a escola, seguida da saúde. E enumera vários comprometimentos na saúde do usuário: o emagrecimento excessivo traz prejuízos para a sua compleição física, pois a criança e o adolescente estão em fase de crescimento; a falta de higiene e cuidados com o corpo. Verificam-se também baixa autoestima; prejuízos neurológicos e psicológicos; e, quiçá, o desencadeamento de alguma doença mental que talvez não tivesse se desenvolvido se esse indivíduo em formação tivesse recebido cuidado a tempo e hora.

Os problemas de saúde adquiridos com o uso do crack aqui relatados são ressaltados em diferentes trabalhos sobre o perfil dos usuários, o uso da pedra, o tratamento dos usuários, ou ainda sobre saúde pública, redução de danos e prevenção das infecções sexuais e sanguíneas (Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008, Pulcherio et al., 2010, Elias & Bastos, 2011).

Na esfera do trabalho, dois atores da rede reportam que os usuários abandonam o trabalho, os amigos e as relações/compromissos/normas familiares e sociais, por priorizarem o uso da substância. Apresentam ainda dificuldades em suportar as obrigações e o comando do superior numa rotina de oito horas de trabalho.

No contexto social mais amplo, foram ressaltadas questões como a exploração sexual de meninas e meninos que se prostituem em troca de algumas pedras de crack e se envolvem em roubos para conseguir dinheiro para comprar a droga, prática que os levam, muitas vezes, para a Fase. Perdas e mortes de familiares usuários (da família nuclear e extensa) pelo envolvimento destas com o crack (uso e tráfico) foram também mencionadas. A assistente social do SAN observa que a violência na cultura do tráfico de drogas ceifa cedo a vida dos usuários, que não conseguem chegar aos 18 ou aos 20 anos.

Fatores de proteção ao uso abusivo do crack, que podem ajudar “no resgate da pessoa”, foram mencionados pela assistente social do SAN: investimento na autonomia do usuário, tendo em mente que ele poderá sofrer recaídas ao longo do tempo; relações afetivas mais sustentáveis que os ajudem a se afastar do uso e nascimento de um filho. O estudo de Melotto (2009: 59) corrobora esse entendimento: “O fato do parceiro não ser usuário ou reprovar a prática, muitas vezes estabelece a busca pela descontinuidade dos usos. O que acontece também em relação à família e/ou filhos”.

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

Adolescentes: confiança e escuta como elementos principais

Em função do uso de drogas, LAURA menciona que antes do acolhimento foi internada em hospital devido ao risco de perder o bebê. Considera que foi bem atendida. Ficou internada, tomando soro, e sugeriram que ela ficasse no hospital até ganhar o bebê. Laura não aceitou, fugiu, e começou a vender as roupas, tênis, tudo o que havia ganhado, para usar droga. Após ter tido o filho prematuro de 7 meses, decidiu parar, porque queria que o bebê ficasse ela. Foi, então, enviada para um SAI pelo Conselho Tutelar. A princípio não aceitou, mas sua irmã explicou que ela iria se tratar e isso seria bom. Hoje

em dia, Laura “agradece a Deus” por ter tomado essa decisão, porque largou as drogas e está com o filho. Para ela é uma “vitória ter parado com tudo”.

O tema crack babies, como é provavelmente o caso do bebê de Laura, tem se mostrado controverso, conforme mostrado no capítulo 1. Kessler e Pechansky (2008) referem que os bebês intoxicados pelo uso do crack de suas mães durante a gravidez podem sofrer, prematuridade, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais. E vão além, ao lembrar que os que nascem vivos podem apresentar retardo mental ou outros transtornos mentais e comportamentais.

Costa e colaboradores (2012) alegam que não é ainda bem conhecido o impacto da exposição ao crack dentro do útero e o impacto pediátrico do uso de crack pela mãe. Os autores relatam que, após aproximadamente 20 anos de pesquisas, nenhuma causa ou distúrbio foi identificada que pudesse cunhar o fenômeno dos crack babies. Isso porque as mulheres grávidas que usam crack também consomem outras drogas psicoativas e, além disso, apresentam estilos de vida caóticos (roubo, troca de sexo por dinheiro/drogas, abandono do lar, soropositividade para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis), tornando difícil a identificação de anormalidades causadas pelo crack per se.

Não é fácil isolar os efeitos do crack dessas outras variáveis, evidenciando a natureza multifatorial do problema. Alguns técnicos, que participaram da pesquisa de Domanico (2006) sobre o atendimento a mulheres usuárias de crack e seus filhos, observaram que os crack babies estavam mais diretamente relacionados com as condições de exclusão social em que algumas dessas mães viviam do que com o seu uso do crack. Outro estudo (Van Gelder et al., 2009) apontou muito poucas sugestões de associações positivas entre o uso de droga ilícita na gravidez e a ocorrência de 20 categorias de deficiências (defects) de nascença.

Laura não procurou nenhuma outra instituição de saúde em busca de ajuda. Também não passou por Comunidade Terapêutica nem teve acesso a nenhum serviço que fornecesse alimentação gratuita ou a unidades da previdência ou assistência social ou abrigo, a não ser os SAIs, após o nascimento do filho.

Perguntada sobre o que deveria constar de um serviço de atendimento para usuários de crack, Laura considera que, primeiramente, os usuários deveriam ter o desejo de procurar internação para parar o uso da droga, se curar e, então, era necessário que o serviço providenciasse um trabalho para que eles se ocupassem e seguissem em frente. O serviço deveria dispor de educadoras que cuidassem, conversassem e explicassem para que as pessoas não fizessem

“coisas erradas”, como ela tem no abrigo: “Sempre tem uma pessoa mais velha, que explica bem, fica querendo o teu bem, não querendo só o teu mal”.

Sobre o uso que faz de algum serviço para tratar da saúde, FELIPE conta que hoje em dia, busca espontaneamente auxílio, quando necessário, num posto de saúde perto do abrigo. Já quando usava crack, “não quis procurar [auxílio para a saúde], naquele tempo era só droga mesmo”.

Felipe relata nunca ter frequentado serviços específicos para tratamento por dependência de crack nem ter sido abordado por profissional da saúde quando morava na rua, com proposta de redução de danos. Mas refere ter procurado o Projovem (Programa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome gerido pela Secretaria Municipal de Juventude de Porto Alegre), por indicação da equipe de um abrigo pelo qual passou, porque sentiu necessidade de conversar sobre os seus problemas. Conta que lá participou de consultas terapêuticas com uma agente de saúde a quem tudo relatava sem mentir, “porque foi uma pessoa que eu confiei assim”. Abandonou o tratamento quando essa agente saiu do programa.

Passou por três ou quatro abrigos, levado pelo Conselho Tutelar. Numa dessas vezes, o pegaram em casa porque sua mãe passou um período internada e deixou os filhos menores sozinhos com ele para cuidar. Também cuidou dos irmãos no abrigo e não consumia drogas na frente deles: “Eu fugia do abrigo para fazer [uso de droga]”.

Felipe considera que um serviço de atendimento para usuários de crack deveria proporcionar terapia individual, “conversar em particular”. Muitos usuários poderiam, a partir daí, refletir sobre a sua vida. O serviço deveria oferecer emprego também. Considera que toda pessoa merece ter mais chance na vida. Ele afirma: “Um bom trabalho, uma boa conversa com eles assim, de repente, vários largariam [o uso do crack] para ter uma família decente, que vários querem ter”.

JOÃO relata ter sido internado numa clínica pelo pai devido ao uso de drogas e levado, pela equipe do atual abrigo, para a Cruz Vermelha, onde é bem atendido por uma psicóloga e toma medicamento. O adolescente considera importante que um serviço de saúde para quem faz uso de crack tenha cama e chuveiro quente, como o que tem no abrigo, e remédios.

CAMILA frequenta desde a sua entrada na Fase há três meses, por iniciativa própria, o Caps ad com consultas semanais para tratamento de uso de crack. Não esteve em nenhum outro serviço de saúde. Considera que o atendimento

no centro a ajuda muito. E também o atendimento no Creas, onde está engajada desde a medida judicial de liberdade assistida. Gosta do atendimento porque as técnicas “me entenderam, procuraram saber da minha vida, o que eu estava passando, os meus problemas”. Considera que a agente de saúde do Creas sabe conversar, entender o que os usuários de crack vivenciam e dar “bons conselhos”. Acha que hoje em dia, dá mais valor a essas conversas. Ia ao Creas mesmo quando estava na rua, usando crack: “Às vezes fora de hora, fora de dia, sem marcar data, mas eu ia”.

Segundo a jovem, um serviço de atendimento para uso/abuso de crack deveria propiciar atendimento no local, um Consultório na Rua com agentes de saúde que abordassem os usuários e os incentivassem a uma mudança de atitude, porque há aqueles que estão nessa vida por não terem ninguém que se interesse por eles. Vivem na rua sozinhos, “largados”, desinteressados. Para ela, em um bom serviço de atendimento deveria haver, acima de tudo, pessoas que entendessem os usuários, conversassem e se preocupassem com eles.

Familiares: internação, psicoterapia e trabalho como necessidades essenciais

Sr. LEONARDO esclarece que a entidade com que pôde inicialmente contar para o uso abusivo de drogas do filho foi o Conselho Tutelar, que sempre ajudou o usuário, na figura principalmente de uma conselheira dedicada em auxiliar pessoas com essas dificuldades, que fazia a ronda com uma Kombi da instituição. Sr. Leonardo conta já ter andado com ela para levar o filho em posto de saúde ou em clínica. O abrigo institucional em que o usuário se encontra há dois meses, é avaliado pelo pai como o melhor lugar que seu filho já esteve porque “ele conseguiu dar uma freada no uso, se estabilizou um pouco”. Sr. Leonardo relata que o filho também assistiu a palestras relativas ao uso de drogas numa instituição próxima ao abrigo atual, junto com ele. Nessa época fazia uso pesado de drogas e não podia andar sozinho.

Sr. Leonardo apenas fala dos encaminhamentos prestados ao filho, mas não à sua família. O filho teve algum atendimento no local onde morava, mas era a comunidade onde ele estava “enrolado”. Foi o abrigo atual que o enviou para fazer exames clínicos a fim de avaliar danos decorrentes do uso do crack. Também frequenta um curso de informática por iniciativa do abrigo. Refere ainda o que deveria constar de um serviço de atendimento para uso/abuso de crack: um local “com toda uma estrutura formada”, que desse suporte à saúde

dos usuários com médicos, enfermeiros (serviços de saúde no local), estudo e orientação para o futuro, “principalmente trabalhar, fazer curso quando ele tiver condições”. Pensa em uma colônia agrícola “que tivesse maquinário para o trabalho, para [o usuário] ter uma profissão como marcenaria, informática, enfim, como um colégio, para que ele saísse dali com uma formação, com uma profissão”. O pai considera o abrigo “muito pequeno pra resolver o problema de todos”, mas faz questão de frisar que é bom.

Na opinião de PEDRO, irmão de João, a família deveria procurar, para a pessoa que faz uso de drogas, internação e atendimento psicológico – psicoterapia, uma a duas vezes por semana. O estudo também é importante, bem como a formação profissional para posterior inserção no mercado de trabalho.

Segundo o jovem, um serviço de atendimento ao uso/abuso de crack deveria dispor de um local para promover, além da internação, as seguintes atividades: palestras de pessoas que conseguiram parar de usar drogas e que servem de estímulo para os usuários; roda de conversa em que cada um conta a sua história; aprendizagem de um ofício, que serviria a dois propósitos – ocupação do tempo dentro do local e possibilidade de trabalho ao sair. Essa forma de proceder auxiliaria na mudança de pensamento de quem se encontra em um desses serviços.

Rede de saúde de assistência social: diferentes formas de atendimento

A coordenadora do Caps ad A relata que 80% dos pacientes que ingressam no serviço são trazidos por seus familiares, ou encaminhados por um órgão jurídico que os obriga a se engajarem num tratamento, ou ainda pela Fase, quando o adolescente chega algemado (atitude contrária aos preceitos do ECA). Quando o usuário é trazido por familiares, ele pode expressar o desejo de modificar o seu comportamento por perceber que tem causado problemas para a família, que ele não gostaria que a sua vida estivesse assim. Nesses casos, o Caps poderá construir, em conjunto com o usuário, alternativas para a sua vida: volta à escola, ao emprego.

Se ele quiser voltar para a escola, a equipe do Caps aciona uma instituição, conversa, faz o encaminhamento e acompanha; se ele quiser um emprego, “ah eu quero fazer um curso para me aprimorar e começar a trabalhar”, a equipe aciona o Senac, por exemplo, e faz o acompanhamento.

A equipe desse Caps ad que oferece atendimento aos adolescentes e adultos usuários de crack possui um psiquiatra, um clínico geral, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, dois administrativos, uma pessoa da área da higienização e segurança e um coordenador dos serviços, no caso, uma assistente social.

A coordenadora de Caps ad B destaca outros serviços da rede que atendem os adolescentes usuários: unidades básicas de saúde (UBS), alguns Creas e Cras, a Fundação de Proteção Especial/RS, a Fase e algumas ONGs. Estas últimas executam programas da assistência socioeducativa em meio aberto, em turno inverso da escola. Mas é bem difícil o seguimento nesses programas devido ao isolamento em que vivem os usuários do crack.

Há também duas clínicas que lidam com questões de saúde mental e de uso de droga. Os atendimentos são efetuados nas emergências. Porto Alegre tem uma central de regulação de leitos feita por meio das emergências e não dos Caps. O Caps ad B não costuma encaminhar usuários para Comunidades Terapêuticas (o município tem convênio com duas), que em Porto Alegre têm cunho religioso, porque, de uma forma geral, os usuários não se adaptam a elas.

Ao chegar para internar o usuário nesse Caps ad, a família recebe uma lista de atividades por ele oferecidas: atendimentos individuais, em grupo, oficinas, visitas domiciliares por assistentes sociais, o que tem evitado internações. Internação hospitalar para desintoxicação é feita quando necessário e depois ocorre o retorno ao Caps ad. É o único centro de Porto Alegre próprio do município. Há um federal e dois de orientação religiosa católica (conveniados da Prefeitura).

No Caps ad B há liberdade de gerir os casos de acordo com a orientação teórica e técnica de cada profissional. A equipe é formada por dez profissionais: médica psiquiatra, médico clínico, dois assistentes sociais, dois psicólogos, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e uma técnica de enfermagem. Há ainda muitos estagiários, tanto da UFRGS quanto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. A coordenadora descreve que só permanecem em Caps ad os profissionais que se apaixonam pelo trabalho, do contrário não suportariam, porque além da dependência à substância, há inúmeras comorbidades, fato que exige do técnico que atende essa clientela formação e perfil, do contrário seria um sofrimento muito grande para ele. A equipe vem trabalhando na lógica da redução de danos (há outras estratégias cujos princípios são a abstinência e/ou a internação em Comunidade Terapêutica). Não existe

uma receita mágica. O plano de tratamento é elaborado em consenso, levando-se em conta o que o paciente quer fazer com a sua dependência.

Cabe aqui um esclarecimento acerca da estratégia de redução de danos, que consta da política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2004). Ela não foi criada em substituição ao modelo da abstinência, tampouco nega esse objetivo. Conforme adverte Melotto (2009: 21):

situada no documento da política nacional como complementar, ela apenas retira a centralidade da abstinência, ampliando a visão das possibilidades de cuidados e de saúde para além dessa questão. Nesse sentido, são valorizadas ações a fim de minimizar os riscos presentes no uso de drogas e também atenuar os possíveis danos decorrentes dele.

Domanico (2006: 70) traz uma reflexão acerca dos objetivos de uma abordagem centrada na redução de danos, contrapondo-a à da abstinência. A primeira estratégia

leva em consideração a complexidade do fenômeno, a diversidade dos usos e as particularidades culturais dos usuários, possibilitando, desta forma, uma melhor compreensão da hierarquia de riscos no cotidiano do uso de drogas. A redução de danos parte do pressuposto que é impossível acabar com as drogas no mundo, eliminando totalmente seu consumo. Comporta ações voltadas para as drogas lícitas e ilícitas e suas intervenções não são controladas exclusivamente pelos órgãos governamentais e policiais. Opõe-se, portanto, ao modelo preventivo tradicional que, ao desconsiderar a complexidade que envolve os diferentes usos de drogas, busca um objetivo unívoco: a abstinência, meta esta idealizada e restritiva.

O SAN tinha, no momento da pesquisa, uma coordenadora, uma técnica (assistente social), oito monitores, dois técnicos em enfermagem e dois profissionais de apoio de serviços gerais: cozinheira e porteiro. Sobre o atendimento oferecido aos adolescentes, a assistente social sugere que haja acompanhantes terapêuticos para garantir um envolvimento de qualidade de forma a poder “resgatar” o usuário de crack. Há que se melhorar o acolhimento nas instituições, porta de entrada fundamental para a permanência desse usuário no espaço institucional. Há que se acreditar que é possível investir nessa população e que haverá retorno, desde que respeitado o momento do usuário porque “muitas vezes, a instituição tem tudo muito

organizado, consegue o acesso a determinado atendimento, consegue uma bolsa auxílio, mas se naquele momento o guri não estiver legal internamente de nada adianta”.

As entrevistas com as coordenações dos dois Caps ad investigados mostram diferenças marcantes de lógicas de trabalho e, portanto, de abordagens aos usuários de álcool, crack e outras drogas. A coordenadora do Caps ad A, serviço conveniado entre a prefeitura e o Hospital Mãe de Deus, evidencia a orientação religiosa da unidade. Ela fala sobre a importância deste Caps ser abençoado a cada 15 dias pelo padre da paróquia do bairro e também da celebração do Natal da congregação de pessoas da comunidade, Igreja e Caps ad, com bênção e presentes. Com uma mãe que trabalha com a dependência às drogas há 30 anos, a coordenadora discute abordagens dos adolescentes que chegam ao serviço, de acordo com os princípios importantes para a Igreja. Para a coordenadora, o trabalho com os adictos é uma missão. Ela refere, ainda, a importância do tratamento continuado do usuário de crack, do adolescente ao adulto, se dar em Comunidade Terapêutica, que privilegia a abstinência.

Elias e Bastos (2011: 4.722) trazem contribuição importante ao tema da abstinência ao uso de drogas, relacionando-o com as políticas públicas pautadas nos direitos humanos:

É possível que alguém que venha fazendo uso problemático de álcool e/ou drogas possa se manter inteiramente abstinente (a depender do psiquismo do indivíduo e das circunstâncias em que o mesmo está inserido). Na esfera da população e da comunidade, entretanto, tal meta enquanto meta coletiva não é factível (e não necessariamente desejável, para alguns segmentos sociais), e tem resultado antes na imposição de leis draconianas, que violam os direitos humanos, sem contribuir de fato para a redução dos danos e riscos em pauta.

A gestora da Proteção Social de Média Complexidade oferece um contraponto à visão da coordenadora do Caps ad A. Em sua opinião, o adolescente não deveria ser encaminhado para tratamento em Comunidade Terapêutica quando ele necessitar de uma tutoria e de alguém que responda legalmente por ele, como acontece no SAI, porque esse tipo de serviço não dispõe da organização necessária para atender um público tão jovem. Além disso, os usuários adultos ocorrem voluntariamente às Comunidades Terapêuticas com o intuito de modificar sua relação com a droga, o que não necessariamente será o caso

do adolescente. Para a gestora, o atendimento ao adolescente e a sua família deveria incluir tratamento ambulatorial nas comunidades em todas as regiões de Porto Alegre, de acordo com as modalidades previstas no SUS.

Em contraposição à visão da coordenadora do Caps ad A, a do Caps ad B se alinha com um trabalho técnico especializado na temática da adolescência e uso de crack e relata experiência com o programa de redução de danos, funcionando de acordo com os preceitos da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2010). Está em sintonia também com os preceitos da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde voltada para usuários de crack.¹³ O Caps ad B constrói um plano de tratamento singular e busca manter o usuário de crack em tratamento continuado na unidade, oferecendo um leque de alternativas terapêuticas.

FUNCIONAMENTO DA REDE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE NA ATENÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK E SUAS FAMÍLIAS

Encaminhamentos da rede para os SAIs

Um total de 38,1% dos SAIs incluídos na pesquisa indicou que o Poder Judiciário foi o órgão que mais encaminhou crianças/adolescentes em decorrência do uso de crack nos últimos 12 meses. Seguem em frequência decrescente o Conselho Tutelar, o Ministério Público, a família e outros SAIs. SMAS, Polícia e Delegacia de Proteção à Criança não fizeram encaminhamentos.

Em 13 SAIs havia crianças, adolescentes ou responsáveis em situação de uso de crack no momento pesquisa. Todos os serviços sabem a localização do Conselho Tutelar e trocam informações com esse órgão e com o Poder Judiciário para apoiar o atendimento aos acolhidos. Um total de 76,9% promove reuniões periódicas com ambos os órgãos; 69,2% realizam encaminhamentos para o Conselho Tutelar e 92,3% para o Poder Judiciário. Falta de articulação com Conselho Tutelar é referido por 7,7% dos serviços.

Um total de 92,3% dos SAIs conhece a localização do Ministério Público e com ele troca informações, 30,8% realizam reuniões periódicas e 69,2% fazem encaminhamentos para o Ministério Público. Sem nenhuma articulação com

¹³ A portaria n. 3.088, de 23 dez. 2011, do Ministério da Saúde, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

esse órgão é referido por 7,7% dos serviços. Podemos depreender que esses SAIs têm uma boa articulação com o eixo de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, exceção feita à menor menção da Defensoria Pública.

Com os centros de assistência social esses SAIs também mostram boa articulação: 92,3% sabem a localização do Cras e Creas e com estes trocam informações. Em um total de 84,6% há reuniões periódicas e 92,3% realizam encaminhamentos para ambos os órgãos. A falta de articulação com o Cras e o Creas é mencionada por 7,7% dos serviços.

Já com os Caps – principalmente o Caps ad, serviço de saúde especializado para o tratamento desses usuários –, a articulação dos SAIs é precária: 61,5% sabem a localização do Caps ad, 46,2% trocam informação com o órgão, 30,8% promovem reuniões periódicas e realizam encaminhamentos, e 30,8% não têm nenhuma articulação com o Caps.

Papel dos órgãos da rede

Ao se referir ao seu papel, o juiz da Vara da Infância e Juventude inicia por contextualizar a sua função com relação ao uso de crack no município. Informa que está há 12 anos no cargo e que, quando iniciou o trabalho, o crack não existia nos processos que analisava. Entretanto, no momento, mais da metade das 1.300 crianças e adolescentes encontra-se em acolhimento porque “as famílias foram dizimadas pelo crack”. Avalia que “hoje o bebê encaminhado para adoção é só de filhos de usuários de crack. Aquele [bebê] antigo que era abandonado porque a mãe não podia cuidar, não existe mais”. Para enfrentar essa problemática complexa, é necessário uma rede com muitos parceiros. Posto isso, o juiz esclarece que o seu papel especificamente com relação a essa população é cuidar do acolhimento; destituir do poder familiar os pais que não cuidam de suas crianças e adolescentes; encaminhar eventualmente essas pessoas para algum tratamento que o serviço público não conceda; e, ao ser demandado, determinar que esse atendimento seja feito.

O Juizado, bem como o Ministério Público, têm a obrigação legal de acompanhar e fiscalizar os SAIs estaduais e municipais. O juiz refere ter uma boa interlocução com esses serviços, lembrando que exerce há muito tempo a função.

Em relação ao papel do Conselho Tutelar na rede, o conselheiro entrevistado menciona três ações: fazer os encaminhamentos dos casos de usuários de crack para a rede; sugerir políticas públicas nessa área; provocar para que a rede

funcione, “fazendo com que os outros [Estado e/ou família] façam valer o direito da criança”. O órgão também procura solucionar o problema das famílias usuárias (pai usuário de crack, mãe negligente, por exemplo), tentando que a criança permaneça no turno inverso na escola em algum projeto ou oficina, de tal forma que ela se afaste da rua e não seja um alvo fácil para o consumo da droga. O conselheiro acha que a Prefeitura acompanha e fiscaliza os serviços que atendem essa clientela por intermédio da secretaria da Saúde, evidenciando pouco conhecimento acerca desse assunto.

Ao falar sobre o papel das unidades de acolhimento na rede, duas gestoras da equipe de Proteção Social Especial de Alta Complexidade inicialmente esclarecem que uma criança ou adolescente é acolhido num dos equipamentos da Fasc por diversas questões, sendo o uso de drogas uma delas. A equipe do abrigo faz todos os encaminhamentos necessários articulando com a saúde para garantir o espaço de atendimento. Nos espaços de acolhimento há um técnico de enfermagem e, no setor de Proteção na sede da Fasc, há um enfermeiro responsável cuja função é fornecer suporte para a equipe que trabalha com as crianças e adolescentes. O técnico de enfermagem administra a medicação e marca as consultas; os educadores buscam e levam os usuários nas sessões. Esta é a distribuição das atribuições nos abrigos, quando há uma criança ou adolescentes com essa demanda.

Essas gestoras esclarecem que, internamente na Fasc, há um grupo de supervisão que faz parte da coordenação de monitoramento e avaliação. Os equipamentos têm as suas supervisoras (seis ao todo), o seu grupo de referência, que acompanham os técnicos, dão suporte, trazem as dificuldades desses equipamentos para a Proteção e para o monitoramento e avaliação: “seriam os nossos olhos dentro dos equipamentos”, segundo a gestora. Além disso, no papel de fiscalização, há o Ministério Público e o Judiciário que fazem as suas visitas, bem como o Conselho Municipal de Assistência Social. A Comissão de Políticas Públicas dos Conselhos Tutelares também fiscaliza os abrigos, fato não citado pelo conselheiro tutelar.

Ao falar sobre o papel do SAI, a coordenadora técnica de uma das unidades refere que ela, juntamente com as técnicas (cinco assistentes sociais e cinco psicólogas), procura saber sobre a situação em que se encontram as instituições que compõem a rede da assistência social e saúde (Cras, Creas, postos de saúde) e sobre o atendimento prestado às famílias usuárias de crack e outras drogas para que possa fazer o seu encaminhamento, quando necessário.

Ao falar sobre o papel do SAN, a técnica inicia por contextualizá-lo, esclarecendo que o serviço de atendimento para adolescentes em situação de rua-moradia funcionou desde 2001 e fez parte de uma rede de atendimento de meio aberto. Foi extinto em 2012, conforme referido anteriormente. O período de atendimento era noturno, das 19h30 às 7h30, de segunda a segunda. O SAN trabalhava na linha da redução de danos, buscando criar vínculos e espaços flexíveis. A construção de um vínculo visava a garantir a permanência desses adolescentes dentro do espaço, garantindo o não uso de droga por 12 horas. Também era um espaço de escuta constante, em que eles podiam falar livremente com o educador e com a assistente social.

Durante o dia, há outros espaços que acolhem os adolescentes: o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes (Savi), em convênio com o Lar Dom Bosco. Nesse espaço, há alimentação, chuveiros, acompanhamento pedagógico, atividade de esporte, cursos em geral, cursos profissionalizantes (não conveniados com a Prefeitura). A Escola Aberta, escola municipal de Porto Alegre, também faz parte dessa rede. Essa instituição, que atende um público específico em que os usuários de crack e outras drogas se incluem, tem uma metodologia diferenciada, pois trabalha com a Educação de Jovens Adultos (EJA). Nela o aluno pode, a qualquer momento, entrar em sala de aula e iniciar, a partir do seu conhecimento, a trabalhar uma dificuldade de aprendizado que o impeça de avançar, por exemplo.

As atribuições da Proteção Social de Média Complexidade, especificamente concernentes à população em situação de rua, são: o apoio técnico aos nove Creas e aos três Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP), um implantado e os outros em processo de implantação – todos eles reordenados, vindos da rede de serviços denominada Casa de Convivência.

De acordo com a gestora de Média Complexidade, o serviço apresentava um resultado positivo, favorável e reconhecido pela rede, pois havia um conjunto de circunstâncias favoráveis para tal resultado. Ressalta que viviam um tempo de uma “economia favorável”, expressa pelo Programa Bolsa Família e por maiores chances de se conseguir emprego, o que também favorece que se tenha mais proteção para as crianças.

A gestora esclarece haver mais serviços voltados para o fortalecimento de vínculos para aqueles até 14 anos, e pouco trabalho educativo e esparsas alternativas para jovens acima dessa faixa etária. Para ela, a alternativa do

tráfico entra nesse vazio como “um empreendimento que dá uma visão de carreira”, em que os jovens, principalmente os usuários de drogas (mas não só), são reconhecidos e empoderados.

O Caps ad A se define como um centro de atenção psicossocial especializado em dependência química, que funciona das 8 às 18 horas e atende adolescentes a partir de 15 anos, oferecendo planos de atendimento com uma equipe de profissionais. Esse Caps ad é metade público e metade privado. Segundo sua gestora, tem o papel de promover reuniões mensais com os parceiros da rede para a discussão de casos em conjunto, visando ao melhor atendimento ao usuário. Apresenta boa articulação com a rede composta por Cras, Creas, Ministério Público, Brigada Militar, Conselho Tutelar, abrigos e albergues que atendem a área de abrangência dessa unidade (compreende uma população de 200 mil). Há um número grande de usuários de crack e outras drogas e também de famílias sendo atendidos no Caps ad A. As famílias são inseridas em grupos de apoio para lidar com o problema. Uma vez que o uso do crack está comumente ligado a alguma forma de delinquência, o Caps ad A trabalha em parceria com outras instituições, como a Fase e o Conselho Tutelar.

O Caps ad B foi criado em janeiro de 2008 na área de saúde mental da Secretaria Municipal de Porto Alegre. Situa-se em atendimento especializado, tendo um papel de articulador do atendimento ao uso ou abuso de substâncias químicas em toda a região, que é composta de: 27 UBS e as unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) próprias do município. O atendimento é feito nas unidades básicas, ou nos postos de saúde da família e, havendo necessidade de atendimento especializado, são encaminhados para o Caps ad. Esse equipamento situa-se dentro do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e, no momento da pesquisa, estava para se mudar para uma casa aconchegante com consultórios individuais, inserido dentro da comunidade em que moram os usuários, conforme a portaria n. 336/GM/MS (2002), que cria os Caps ad.

O Caps ad B deveria atender crianças, adolescentes e adultos (Cf. portaria n. 3.088/MS, 2011), mas a equipe que lá atua estipulou atendimento à clientela de 11 anos em diante porque não têm especialistas em infância. Esse segmento é para ser atendido no Caps i. No momento, o Caps ad tem usuários de 14 e 15 anos. Tem o papel de articulador e mediador da rede com: os serviços ligados à equipe do Caps ad (UBS, clínicas, ONGs, Alcolicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Grupos Familiares Nar-Anon, posto de saúde da família), Fase e Comunidades Terapêuticas.

Para atuar como articulador, o Caps ad B se utiliza do matriciamento.¹⁴ Uma das suas ações é a interconsulta: tanto a equipe se desloca para alguma das unidades da rede quando chamada, quanto semanalmente recebe os serviços da região que estejam interessados em encaminhar pacientes, ou saber notícias dos pacientes em atendimentos, ou mesmo se orientar.

Há casos em que os usuários estão bem em suas comunidades, e precisam somente de um acompanhamento, que então é efetuado na própria UBS ou no posto de saúde da família. Nesses casos, o profissional que os atende pode vir ao Caps ad em busca de orientação para o seu usuário relativa ao uso de medicamentos e plano de tratamento.

A coordenadora do Caps ad B relata que os serviços que atendem essa clientela são acompanhados e fiscalizados por: Escola de Saúde Pública do governo do estado, com sede em Porto Alegre, com supervisão geralmente mensal, interna, da parte técnica; conselho distrital de saúde, que é muito atuante; coordenação de saúde mental, com reunião semanal em que são cobrados: metas, produção, alinhamento técnico, encaminhamentos, fluxos estabelecidos.

Desafios e potencialidades do atendimento em rede

Os profissionais entrevistados apontaram, como desafios à prevenção ao uso do crack, a criminalidade, a articulação da rede, a atuação da rede de saúde mental, a forma como são conduzidos o tratamento e a capacitação profissional.

A prevenção ao uso do crack é lembrada por alguns, seja porque, para eles, o atendimento ao usuário do crack e sua família deveria ser pautado nos cuidados essenciais que a criança e o adolescente precisariam ter tanto em casa quanto na escola, seja porque o tratamento para a recuperação dos usuários é tido como uma possibilidade longínqua. Para o juiz, a criminalidade constitui-se como parte da vida dos usuários. “O Estado tem que combater fortemente

¹⁴ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de coconstrução, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. “No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais” (Chiaverini et al., 2011: 13).

a criminalidade”. Complementa, “é crime se drogar, enquanto a lei não for modificada”. Mas, diferentemente da fala do juiz, a lei n. 11.343/2006, em seu título IV intitulado Da Repressão à Produção Não Autorizada e ao Tráfico Ilícito de Drogas, distingue o usuário de drogas (que porta e/ou adquire drogas para consumo pessoal) do fornecedor de drogas. No primeiro caso, o juiz aplica penas socioeducativas e advertências verbais, ou solicita ao Ministério Público o encaminhamento do usuário para tratamento, enquanto, no segundo caso, imputa diferentes penas de detenção e pagamento de multas.

Outro desafio lembrado pelas gestoras da Proteção Social de Alta Complexidade é a articulação da assistência social com a rede. Por ser falha,

a gente faz o nosso trabalho e o do outro, e os colegas que estão na ponta também, muitas vezes, estão dando conta de um trabalho que não é deles, como, por exemplo, um psicólogo que trabalha dentro de um abrigo, que não é para fazer um atendimento clínico, acaba por realizá-lo porque a situação assim pede. Não existe uma psicoterapia na rede de saúde para aquela criança.

Ressaltam que a assistência social tenta esgotar todas as possibilidades antes que a criança ou o adolescente ingresse na rede de acolhimento. Referem, também, que é fácil para a criança entrar no abrigo, mas é muito difícil sair. Sua saída também dependerá da articulação da rede. Há casos em que a equipe que está no território diverge da opinião da que está trabalhando no SAI, no que se refere à aptidão para sair do abrigo, em função de, por exemplo, morar numa habitação muito precária, mesmo que a família esteja pronta para receber a criança de volta. Outro exemplo é o de uma mãe alcoolista que necessitaria de tratamento e de acompanhamento para poder receber os filhos. Somente com a rede funcionando é que se poderia dar andamento, tanto ao acolhimento da criança, quanto às condições para o seu retorno ao território.

Para a maioria dos profissionais, a articulação com a rede de saúde mental é pouco eficaz no atendimento ao usuário do crack e outras substâncias e constitui um grande desafio para o município. A coordenadora do Caps ad B considera que, na área de saúde mental, especialmente o atendimento em psicologia e psiquiatria para a criança e o adolescente ainda é frágil e escasso. Não há para onde encaminhar uma criança que deixou de usar a droga e tem condições de alta, porque há somente um Caps i, que não apoia o usuário de substância psicoativa sem transtornos persistentes, para atender o município inteiro. Os profissionais da saúde e da assistência social

referem o pequeno número de Caps para atendimento à população em geral e de Caps ad para os usuários de crack e outras substâncias.

Desafios relacionados ao tratamento da população em foco são lembrados: a internação de curta duração (até 20 dias pelo SUS) e a eficácia do tratamento continuado em Comunidade Terapêutica para usuários adolescentes e adultos, opinião que é divergente entre alguns profissionais.

A gestora da Proteção Social de Média Complexidade considera a internação em Comunidade Terapêutica uma prática inadequada para o adolescente. Para ela, o atendimento deverá incluir o tratamento ambulatorial nas comunidades e em todas as regiões de Porto Alegre, onde os adolescentes possam ter acesso junto com suas famílias, com todas as modalidades previstas no SUS. Refere que a assistência social e a saúde vivem paradigmas conflitantes, a primeira ligada a uma lógica de institucionalização do usuário, e a segunda, de tratamento individual/familiar visando ao empoderamento e a autonomia do indivíduo.

O conselheiro tutelar, entretanto, considera a internação em Comunidade Terapêutica uma opção razoável para jovens usuários de crack. Para ele, as comunidades deveriam ser maiores e mais atrativas, para que possam aderir ao tratamento continuado, mas “é a única chance que eles têm de se recuperar”.

A coordenadora do Caps ad A considera que a Comunidade Terapêutica é um espaço seguro de acolhida e tratamento para esse usuário (jovem ou adulto) porque “ele volta cognitivamente com o pensamento mais forte para que possa ter mais força para dizer não para uma fissura, que vai continuar acontecendo”. Avalia que as comunidades são por vezes denunciadas por não desenvolverem um bom trabalho, ou por agirem de má-fé. Mas, para a coordenadora, essa é uma visão de pessoas que não lidam diretamente com os usuários e/ou com os problemas de articulação e precariedade dos serviços da rede.

A formação/capacitação profissional sobre o tema do crack de todas as equipes referentes às UBS, posto de saúde da família e Caps ad é lembrada pela coordenadora do Caps ad B. Esse estudo, feito em conjunto com todas as equipes, permitiria um discurso afinado levando conhecimento e ações diferenciadas (detectar sinais de violência, uso de drogas, por exemplo) para os profissionais que trabalham no campo, dentro das comunidades.

Aliado à falta de capacitação, há o preconceito nas escolas, famílias e instituições de saúde que precisa ser trabalhado para ajudar a desconstruir a imagem do usuário de drogas, de forma que ele possa ser mais bem cuidado por essas instâncias. A coordenadora do Caps ad A acredita que o medo por parte

dos profissionais da saúde do contato com o usuário de crack se dá porque o uso da substância está atrelado à violência. Mas, ela costuma explicar para a sua equipe: “Quando uma pessoa se submete a vir buscar ajuda, ela já deixou de ser perigosa. Talvez seja perigosa na fissura, na noite, na rua escura. O fato da pessoa ser usuária de alguma substância psicoativa não faz dela necessariamente uma delinquente”.

As potencialidades do atendimento em rede no município versaram sobre o programa de redução de danos, a articulação da rede, a implantação do Sistema Único da Assistência Social (Suas), o reordenamento, parcerias entre a UFRGS e os Caps ad, a mudança de visão do atendimento a partir da ESF.

O juiz refere que o maior problema social enfrentado em seu trabalho é o uso do crack; por isso, defende a política pública de redução de danos para mulheres usuárias de crack, que têm filhos todo ano. Sugere que elas sejam “trabalhadas e convencidas” a colocarem um implante subcutâneo, com duração de três a cinco anos. No momento em que as usuárias quiserem, o implante pode ser retirado e elas voltam a ser férteis em menos de 30 dias. Com isso, se evitaria que muitas crianças nascessem sem qualquer perspectiva de cuidado e fossem colocadas em SAIs, já que as mães não dispõem de condições mínimas para criá-las. A coordenadora do Caps ad B relata que o programa de redução de danos encontra-se em fase de reestruturação e irá integrar-se às unidades de saúde, fazendo a articulação entre o atendimento e a comunidade propriamente dita. De acordo com Brittes (apud Domanico, 2006: 80),

os programas de redução de danos desenvolvem estratégias que visam promover um contato entre os usuários e as instituições de saúde e os equipamentos sociais, com o objetivo de difundir noções básicas de preservação da saúde, prevenção de doenças e busca de consolidação dos direitos de cidadania.

O conselheiro tutelar considera a articulação da rede promovida pela Secretaria Municipal de Governança Local um ganho no atendimento aos usuários. Relata que, inicialmente, as diversas instituições que compunham parte da rede não se falavam, de forma que, por exemplo, o Conselho Tutelar, a assistente social e o posto de saúde faziam o mesmo encaminhamento para uma determinada família, o que gerava três agendamentos. “Tendo uma overdose de atendimentos”, as famílias acabavam por não aderir. Em um momento posterior, os representantes da rede passam a se encontrar mensalmente, e a cada quinze dias se reúnem (assistência social, saúde e

Conselho Tutelar) nos diferentes Conselhos Tutelares, nas dez regiões do município para a discussão de casos.

A equipe da assistência social ressaltou a implantação do Suas no município de Porto Alegre (em 2011), que insere os Creas e os Cras nos territórios, auxiliando a organização das comunidades, a grande quantidade de equipamentos para acolhimento (68), a modificação da estrutura dos SAIs a partir do reordenamento, a implantação e ampliação do serviço Ação Rua para todos os territórios. A gestora da Proteção Social de Média Complexidade acrescenta uma reflexão:

A instituição e as pessoas que trabalham com infância e adolescência têm muita preocupação pelo fato dos serviços estarem sendo desfeitos porque têm pouco público. Nesse momento temos um projeto que tentamos implantar: um centro-dia de assistência social para adolescentes em situação de violação de direitos. Seria um híbrido entre proteção básica e média complexidade, mas focado nesses meninos mais crônicos da rua, que acabam ficando sem atendimento com o fechamento do acolhimento noturno, e dos outros serviços voltados para a rua. Realmente têm cinco, seis, dez meninos. Mas estes precisam de atendimento. Então estamos preocupados se, a qualquer momento, esse número começar a aumentar. Como é que a gente lida com isso?

As coordenadoras dos Caps ad destacam como realizações a implantação do teto saúde pela Prefeitura e a construção de uma parceria com a UFRGS – a disciplina da enfermagem é lecionada no Caps ad: os internos atendem, fazem as visitas domiciliares e trabalho em grupo junto com a equipe do Caps ad. Referem-se também ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/SUS), desenvolvido nas áreas de educação física, nutrição, fonoaudiologia e saúde mental, beneficiando os Caps ad com o trabalho de alguns desses profissionais; ao montante de recursos financeiros que a Secretaria de Saúde tem investido na implantação de serviços públicos nas diversas regiões da cidade; à qualificação da atenção básica com o matriciamento; à mudança de visão do atendimento com a implantação da ESF; à criação de equipes de infância para atendimento regional. Esses novos investimentos na saúde poderão responder à preocupação da gestora da Proteção Social de Média Complexidade.

Um dos pontos mais delicados é como a gente lida com aqueles meninos que precisam de um atendimento de saúde mental e também de acolhimento institucional, porque o espaço de acolhimento não

tem tanto conhecimento sobre o processo de contenção, de manejo, de algumas situações. Chegamos a cogitar alguns serviços híbridos que pudessem incorporar profissionais de saúde e de assistência, e teve muita controvérsia, se estaríamos voltando no tempo e querendo ter instituições mais totais que abrangessem todas as necessidades do menino. Daí não. Ele teria que ter um abrigo como a casa dele e o Caps ad, por exemplo, ou o Caps dia, em que ele passasse os dias lá e que tivesse atividades orientadas para a faixa etária dele.

Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes usuários de crack

No que concerne ao atendimento às crianças e adolescentes usuários de crack na rede, especialmente aqueles com familiares também usuários da substância, no fluxo apresentado pelo juiz, a criança é encaminhada para um SAI, permanece com a família extensa e, se necessário, é encaminhada para tratamento. Já no caso do adolescente usuário (independente do status de uso dos familiares), o juiz poderá determinar diretamente a sua internação compulsória para tratamento em serviço de saúde ou fazê-lo a pedido de algum outro parceiro da rede (Conselho Tutelar ou SAI). Muitos dos que se encontravam internados por prática de ato infracional na Fase foram/eram usuários de crack.

O Juizado é a última instituição da rede a ser acionada, geralmente pelo Conselho Tutelar, pela Fasc ou pelo SAI não governamental, para que seja feita alguma determinação judicial, internação, ou que seja prestado algum medicamento aos usuários.

Porto Alegre é considerada uma cidade que dispõe de “uma das melhores portas de entrada no atendimento à saúde voltado para a criança e adolescente usuário de crack”, segundo o conselheiro tutelar. São duas clínicas e três locais de internação. O mesmo conselheiro informa não haver rede ampliada, explicando que, por exemplo, o Creas, responsável pelo atendimento a usuários de drogas, estava sendo instalado no município. Na região de Porto Alegre onde ele atua, não há Creas, falta atendimento psicológico e psiquiátrico por falta de Caps i.

Na visão do conselheiro há um círculo vicioso do fluxo de atendimento ao jovem usuário de crack. Mães costumam chegar desesperadas ao Conselho Tutelar, pedindo ajuda para o filho que está devendo dinheiro ao traficante

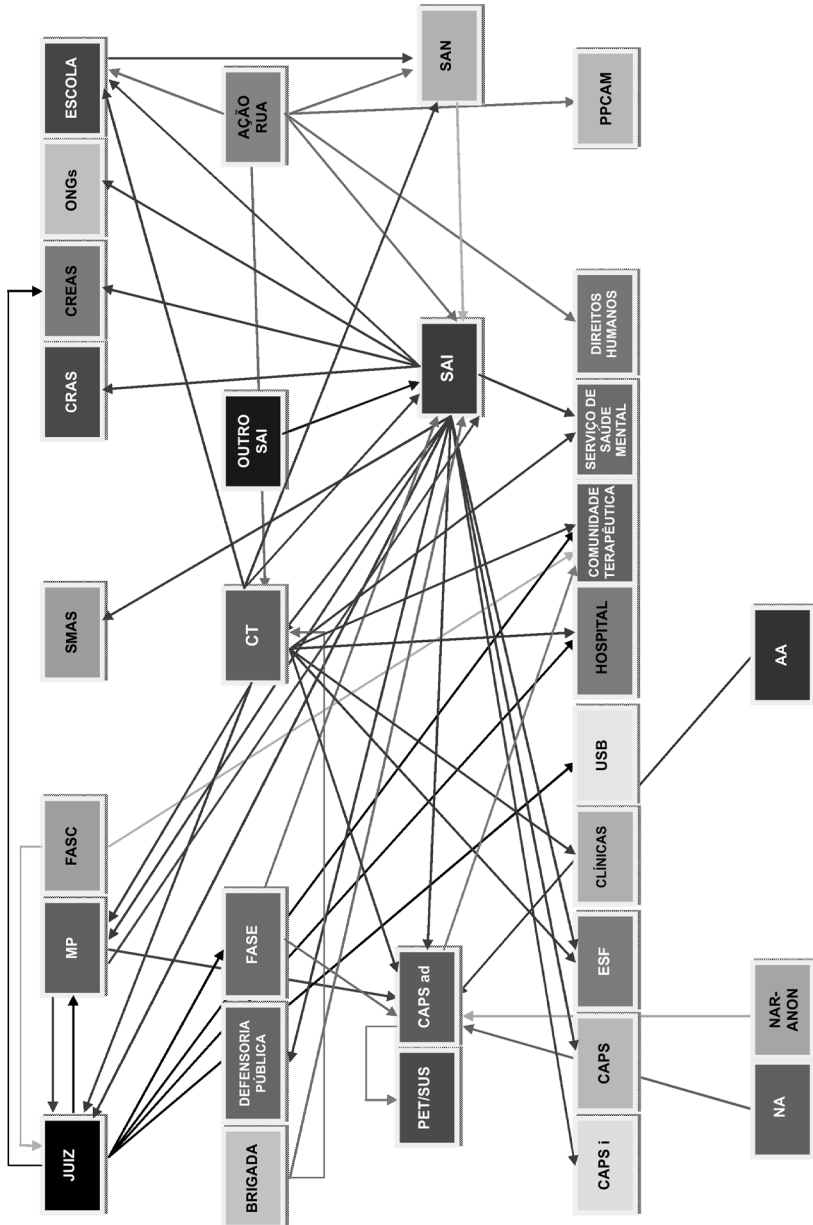
ou está ameaçado de morte por ele. Mas, segundo o conselheiro, enquanto o filho trabalha como aviãozinho, traficando e ganhando de R\$ 200,00 a R\$ 300,00 por semana, as mães “fazem vista grossa”. Quando o filho rouba dos vizinhos ou em casa, ou vende os objetos da casa, elas procuram ajuda. Em todos esses casos, o Conselho Tutelar encaminha os adolescentes para o serviço de psiquiatria dos postos de saúde, de acordo com as zonas a que servem. O melhor deles é municipal, localiza-se na zona sul e tem um atendimento diferenciado. Os adolescentes passam por uma avaliação psiquiátrica e geralmente ficam internados por aproximadamente 21 dias. Enquanto isso, as mães retornam ao Conselho Tutelar, que busca comprometer os pais no tratamento dos filhos. Na maioria das vezes, a entidade solicita ao Ministério Público a compra de uma vaga numa Comunidade Terapêutica para o adolescente dar continuidade ao tratamento.

Como a internação não é compulsória, geralmente o adolescente foge, porque não consegue se adaptar aos moldes de tratamento oferecidos. Ao fugir, vai morar na rua, quando, então, é abordado ou pela Brigada da Polícia Militar, ou pela equipe de Ação na Rua, sendo reencaminhado para o Conselho Tutelar, que busca fazer o seu reingresso na Comunidade Terapêutica. Dois ou três dias depois o usuário evade-se novamente, configurando um círculo vicioso.

No caso de familiares que fazem uso do crack, o Conselho Tutelar encaminha para o Caps ad para avaliar a necessidade de internação. O conselheiro esclarece que a internação de adultos é mais complicada porque faltam vagas e depende da anuência do usuário (o que é rara). Escassas são as internações compulsórias, mesmo que para desintoxicação. Além da internação, há atendimentos ambulatoriais em hospital dia. O Conselho Tutelar, quando retira as crianças e adolescentes da família usuária de crack, encaminha-as para SAI ou coloca-as na família extensa, geralmente sob a responsabilidade das avós.

Uma tentativa inicial de retratar a complexidade da rede existente em Porto Alegre está apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de atendimento a crianças, adolescentes e usuários de crack. Porto Alegre – 2011-2012



Quanto ao atendimento na rede direcionado a essa população, as duas gestoras da Proteção Social de Alta Complexidade referem, num primeiro momento, que as equipes se reúnem mensalmente na Fasc com todos os técnicos da rede de acolhimento (psicólogos, assistentes sociais, pedagogos que trabalham diretamente com as crianças) e com os dirigentes (gerentes da rede conveniada), onde a questão da saúde mental por uso de drogas, ou por sofrimento psíquico, é um mote.

Em um momento posterior, pensam em formas de melhorar a articulação com os serviços de saúde: “Hoje, no nosso ponto de vista, não está boa porque falta uma série de coisas: equipamentos de atendimento, equipe. Os profissionais que estão nos abrigos, na ponta, nos colocam isso: da dificuldade de conseguir consultas, medicamentos”. As profissionais esclarecem que as crianças e adolescentes acolhidos institucionalmente entram na fila comum do SUS, sem prioridades. Além disso, a medicalização é intensa, em detrimento do atendimento psicológico tão mais necessário para a maioria dos casos.

As gestoras enviaram uma solicitação a todos os equipamentos para que façam um levantamento do serviço e das necessidades de atendimento à saúde mental das crianças e adolescentes para que, de posse desses dados, discutam maneiras de garantir esses atendimentos de forma efetiva. Comentam que haverá dois profissionais da Secretaria Municipal de Saúde que irão aos abrigos se inteirar do atendimento ali prestado.

A gestora da Proteção Social de Média Complexidade explica a dinâmica do atendimento de seu serviço e de como interfere na atuação da rede:

O serviço Ação Rua, como ele é na rua, a equipe tem a sua sede, mas ela não atende as famílias dentro da sua sede. Ela atende na rua, na escola, no Conselho Tutelar, no acolhimento institucional. Atende onde a criança e a família estiverem. Então acaba servindo muito como as pernas da rede. É um serviço que faz muito a ligação entre o serviço de saúde mental, que não consegue fazer com que o menino se vincule, ou a escola, que não consegue lidar com aquele comportamento alterado de uma criança que tem uma vivência de rua. Isso tem um lado positivo para a criança, mas às vezes é um pouco negativo para a rede porque daí a rede se acomoda.

Pelo fato de ter diminuído bastante o número de adolescentes em situação de rua, houve o fechamento de alguns serviços, como é o caso do SAN. As alternativas para aqueles ameaçados de morte são: 1) acolhimento institucional,

que não é o ideal porque não se configura como um espaço com segurança específica. Em casos de adolescentes com risco de morte na comunidade por causa do tráfico, o juiz determina acolhimento institucional, este “é um espaço de proteção e não de segurança máxima para esse menino que deveria ter o viés da questão da segurança pública; e isso a gente não tem” (gestoras da Proteção Social – Média e Alta Complexidade); 2) serviços de segurança em parceria com a Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos do Estado, que tentam alocar esses jovens em alguma unidade fora do município; 3) Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAM).

A gestora relata outras iniciativas que estão ocorrendo na rede, como um projeto internacional denominado Protejo, que envolve ações socioeducativas para jovens. Aqueles adolescentes que estão em medidas socioeducativas e, de alguma forma, envolvidos com o tráfico também são acolhidos, são contemplados com ações no Creas e prestam medidas em meio aberto.

São duas as clínicas conveniadas com a Prefeitura: uma atende usuários de 12 até 15 anos, e a segunda atende a faixa etária de 15 até 18 anos. Geralmente, a internação é curta, com vistas a suspender o uso da droga ou tirar o usuário de circulação, devido ao risco de vida decorrente do tráfico. Dentro das clínicas é muito difícil trabalhar a continuidade do tratamento porque atendem um número muito grande de adolescentes, que, além disso, costumam ser muito medicados.

No SAN, o foco é no atendimento transitório ao adolescente, em parceria com a rede: o Conselho Tutelar e os núcleos-ação de rua que trabalham na comunidade (14). A interlocução com a família se dá por meio da equipe do serviço Ação Rua. Em situações pontuais o atendimento é feito no SAN, geralmente durante o dia porque à noite é mais difícil deslocar as famílias de suas comunidades. A interlocução também é feita em diferentes espaços: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes, escola, junto com os núcleos.

Segundo a coordenadora técnica, o fluxo de atendimento executado pelo SAI conta com o trabalho conjunto da equipe técnica da instituição e a da região específica para onde as crianças e adolescentes serão encaminhados para programas de saúde relativos ao uso de crack. Ocorre que a internação em serviço de saúde é por um curto período de tempo e, quando o usuário sai, retorna para a sua comunidade de origem. Há atendimentos psicológicos e psiquiátricos na saúde, mas como “o vício do crack é muito difícil, acaba que muitas vezes os pais dessas crianças vão a óbito”.

A coordenadora do Caps ad A, por sua vez, explica que esse serviço se caracteriza por ser um atendimento de portas abertas. Prioriza o acolhimento à família do usuário, mesmo que não se inclua em sua área de abrangência e forma dois grupos de familiares: o primeiro para informação e orientação, promovendo uma psicoeducação para as famílias que não sabem como lidar com o problema do uso abusivo de drogas, principalmente do crack; o segundo, de atendimento a familiares de pacientes. Isto porque pesquisas mostram que a família está envolvida no uso de substâncias psicoativas e a melhora do usuário depende do envolvimento familiar. Família é entendida num sentido amplo: “Uma pessoa de referência, um amigo, um parente ou os vizinhos. A gente envolve mais do que família: a rede nuclear e a rede ampliada”. No caso de uma “família usuária”, o Caps ad investiga quantos são os usuários no grupo familiar para dar início a um tratamento.

A pesquisa de Melotto (2009: 63) corrobora tanto a importância da família para o usuário de drogas/crack quanto a sua configuração variada:

Quando não se conta com a ajuda de familiares, a possibilidade de mudança é vista como algo muito mais difícil. A família é entendida aqui num sentido bastante amplo, não representando apenas o núcleo que habita a mesma residência. O tipo de vínculo mantido e a proximidade afetiva parecem assumir maior importância do que a simples convivência.

No Caps ad A, o fluxo se dá da seguinte forma: a pessoa chega e é atendida pelo profissional da equipe de plantão (toda ela com especialidade em dependência química), que avalia fatores de risco ao uso de drogas e encaminha para os trâmites terapêuticos adequados àquela pessoa. De forma geral, ela é inicialmente encaminhada para o médico, quando necessário for o uso de medicamento ou se há uma questão clínica emergente no momento. A equipe se reúne semanalmente para discussão dos casos clínicos e conta com o auxílio de um psiquiatra consultor técnico do Hospital Mãe de Deus.

No Caps ad B, em primeiro lugar, faz-se o atendimento imediato (exceto sábados e domingos), acolhimento pelo profissional que estiver no plantão (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional com tal preparo). Em seguida, esse profissional, que fica como referência para o usuário, marca mais uma ou duas consultas para conhecer melhor a pessoa, estabelecendo um vínculo e construindo junto com ela um plano de tratamento. Inicialmente, faz-se uma avaliação clínica para averiguar as condições de saúde do usuário

e marcar, quando necessário, uma consulta com o psiquiatra para possível prescrição de medicamentos. Oferece-se ao usuário um cardápio de opções para a construção do seu plano: grupo terapêutico, oficinas (de música, mosaico, velas, sabonete, bijuteria, futebol), com o intuito de vinculá-lo à instituição.

OS ESFORÇOS NA ARTICULAÇÃO EFICAZ DA REDE EM PORTO ALEGRE

Os serviços de saúde especializados no atendimento a crianças, adolescentes e seus familiares usuários de crack são relativamente recentes na cidade de Porto Alegre (década de 2000). O uso abusivo do crack veio se disseminando e tornando-se uma questão de saúde pública para a população do país a partir do final da década de 1980, principalmente em São Paulo. Por isso, esses serviços, subdivididos em suas respectivas especialidades, encontram-se em processo de construção, implantação e implementação de ações. Os estudos brasileiros têm auxiliado no entendimento do perfil da população usuária de crack, prevalência de uso, fatores de risco e de proteção ao seu consumo e estratégias para lidar com eles, políticas públicas relativas à temática, cuidados à saúde na atenção primária, secundária e terciária, entre outros temas. A articulação complexa dos serviços da rede que atende essa população sobressai na fala dos atores do presente estudo, sinalizando que há esforço dos diversos setores em contribuir para o seu funcionamento eficaz.

Porto Alegre vem se destacando pelo interesse do Poder Público em ampliar os serviços de assistência social e de saúde relativos ao tema. Entre os anos de 2011 e 2012, houve mudanças importantes nos serviços oferecidos pela assistência social (reordenamento dos SAIs, ampliação do serviço Ação Rua, fechamento de serviços considerados ociosos) e foram inaugurados serviços especializados na saúde dos usuários de crack, como, por exemplo, o Centro Colaborador da Senad na Unidade Álvaro Alvim. Há, também, projetos de abertura das diversas modalidades de Caps, com contratação de equipes especializadas e capacitadas; ampliação de leitos e de atendimento em hospitais; aumento do número de Consultórios na Rua e de Comunidades Terapêuticas, além da instalação dos Cras e Creas dentro das comunidades ou em seu entorno onde eles se fazem necessários.

Nesse contexto em constante transformação, vários são os desafios levantados pelos atores entrevistados com relação ao atendimento em rede nas unidades.

A prevenção ao uso do crack a ser efetuada em escolas e comunidades é um deles, tema que agrega a orientação à família como uma ação preventiva; o tratamento continuado dos usuários, o trabalho em rede com famílias e a criação do vínculo com o usuário são outros aspectos relevantes que foram apontados.

Os principais desafios citados com relação ao atendimento em rede são a articulação com a rede de saúde, a instalação de uma rede de saúde mental mais efetiva, a relação intersetorial, a capacitação profissional de todas as equipes da saúde e assistência social e o número insuficiente de equipes e serviços na assistência social e saúde mental.

Dentre as principais potencialidades do atendimento em rede aos usuários de crack no município sobressaem: a articulação entre assistência social, saúde e Conselho Tutelar para discussão e encaminhamento dos casos, promovida pela Prefeitura; a grande quantidade de equipamentos existentes; o reordenamento dos SAIs, o fechamento de serviços com a implantação e ampliação do serviço Ação Rua, além da inserção dos Cras e Creas nas comunidades, com a implantação do Suas em Porto Alegre; a implantação de serviços públicos regionais, o trabalho com o matriciamento na saúde e a criação de equipes de infância pela saúde para atendimento regional; o mapeamento das regiões pela Secretaria Municipal de Saúde e a implantação da ESF, promovendo uma mudança de paradigma no atendimento. Foram destacados também a valorização da pesquisa e o acionamento de políticas com base nos indicadores de Porto Alegre, a parceria entre a UFRGS e a Prefeitura, e o desenvolvimento do PET/SUS em áreas da educação física, nutrição, fonoaudiologia, saúde mental, trazendo benefícios para o Caps ad.

Os desafios e potencialidades enunciados oferecem uma visão crítica dos entrevistados sobre como a rede de atendimento, principalmente a crianças e adolescentes usuários de crack, mais do que aos seus familiares usuários, vem se desenvolvendo nas unidades do município de Porto Alegre. A escassez de unidades de atendimento de saúde mental com equipes especializadas no abuso de crack provoca um efeito dominó de insatisfações e carências nos vários segmentos da rede. Por sua vez, as esferas governamentais têm metas arrojadas. Constatamos em 2012 que o centro colaborador da Senad tinha aberto suas portas, e serviços da assistência social se modificavam para atender a demanda do usuário de álcool, crack e outras drogas.

A articulação da rede é apontada como um limitador, sendo também mencionada na lista de potencialidades. Promover a articulação da rede implica

considerar que a saúde do usuário é obtida somente por meio da construção de um trabalho em parceria, na horizontalidade, dos diversos setores implicados. A iniciativa da Prefeitura, segundo a fala do conselheiro tutelar, é fruto dessa forma de pensar e atuar. A articulação dos diversos atores sociais e o trabalho intersectorial são os ingredientes básicos para o bom funcionamento da rede em prol do usuário do crack, nosso sujeito de pesquisa.

Podemos depreender do fluxograma de atendimento às crianças/adolescentes e adultos usuários de crack o intenso dinamismo na comunicação entre as diversas instituições. Sabemos, pelo que foi relatado no corpo do estudo, que há diferentes paradigmas (proibicionismo ou redução de danos) na abordagem da questão, principalmente no que tange à utilização, ou não, das Comunidades Terapêuticas como um recurso eficaz no tratamento dos usuários, o que configura maior ou menor utilização dos recursos que a rede oferece, seja pelo desconhecimento dos mesmos e/ou desinteresse (porque não se adaptam à forma de pensar de alguns), seja pela escassez dos serviços de saúde. Fato é que o fluxograma de encaminhamento de pacientes usuários de crack da cartilha das Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina¹⁵ é semelhante ao que encontramos em funcionamento em Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

ASSIS, S. G. & FARIAS, L. O. P. (Orgs.). Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento. São Paulo: Hucitec, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento de Crianças e Adolescentes. Brasília: CNAS, 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 109, de 11 nov. 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Diário Oficial da União, Brasília, 25 nov. 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), 2010.

¹⁵ Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>>. Acesso em: set. 2015.

- CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- CHIAVERINI, D. H. et al. (Orgs.). Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- COSTA, G. M. et al. Gestantes dependentes de crack em uma unidade de internação psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1): 8-12, 2012.
- DOMANICO, A. Craqueiros e Cracados: bem-vindo ao mundo dos noias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil, 2006. Tese de Doutorado, Salvador: Universidade Federal da Bahia.
- DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, supl. 4: 545-557, 2008.
- ELIAS, L. A. & BASTOS, F. I. Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4.721-4.730, 2011.
- GALDURÓZ, J. C. et al. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.
- GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do RS*, 30(2): 101-108, 2008.
- INCIARDI, J. A. et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(3): 305-310, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2204&id_pagina=1>. Acesso em: 29 dez. 2012.
- KESSLER, F. & PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2): 96-98, 2008.
- MELOTTO, P. Trajetórias e Usos de Crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo – RS, 2009. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- NEIVA-SILVA, L. Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: um estudo longitudinal, 2008. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul.
- NOTO, A. R. et al. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.
- OETTING, E. R. & DONNERMEYER, J. F. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse*, 33(4): 995-1.026, 1998.
- PECHANESKY, F. et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug Alcohol Dependence*, 82(1): 109-113, 2006.

- PULCHERIO, G. et al. Crack: da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS (Associação Médica do Rio Grande do Sul), 54(3): 337-343, 2010.
- SCHENKER, M. Reflexões sobre a função paterna no sistema toxicômano. In: INEM, C. & ACSELRAD, G. (Orgs.). Drogas: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- SCHENKER, M. Valores Familiares e Uso Abusivo de Drogas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- SCHENKER, M. & MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciência & Saúde Coletiva, 8: 299-306, 2003.
- SCHENKER, M. & MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, 20: 649-659, 2004.
- SCHENKER, M. & MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva, 10: 707-717, 2005.
- VAN GELDER, M. M. et al. Maternal periconceptional illicit drug use and the risk of congenital malformations. Epidemiology, 20(1): 60-66, 2009.
- WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência de 2010: anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2010. Disponível em: <<http://mapadaviolencia.org.br/pdf2010/MapaViolencia2010.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2012.
- WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência de 2012: anatomia dos homicídios no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Disponível em: <http://issuu.com/marialuciamachado/docs/mapa_violencia_2012>. Acesso em: 27 dez. 2012.