



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

ALINE TELES DE ANDRADE

**ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOAL INFANTIL E ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
RESSONÂNCIAS DAS DIMENSÕES ECONÔMICA-SOCIAL E SIMBÓLICA**

FORTALEZA-CEARÁ

2015

ALINE TELES DE ANDRADE

ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOAL INFANTIL E ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
RESSONÂNCIAS DAS DIMENSÕES ECONÔMICA-SOCIAL E SIMBÓLICA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Política, gestão e avaliação em saúde e humanidades.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé

FORTALEZA - CEARÁ

2015

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas**

Andrade, Aline Teles de.

Acesso dos adolescentes usuários de Crack aos Centros de Atenção Psicossocial Infantil e Álcool e Outras Drogas: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica [recurso eletrônico] / Aline Teles de Andrade. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ½ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 124 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (Mestrado Acadêmico)- Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Política, gestão e avaliação em saúde e humanidades.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Acesso. 2. Adolescentes. 3. Crack. 4. Precarização das condições de trabalho. 5. Estigma. I. Título.

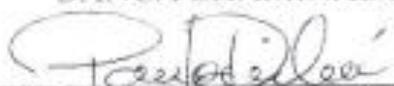
Aline Teles de Andrade

Acesso dos Adolescentes Usuários de Crack aos CAPS-AD e CAPS-I: ressonâncias das dimensões econômica e simbólica

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: política, gestão e avaliação em saúde e humanidades.

Aprovada em: 25 de novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA



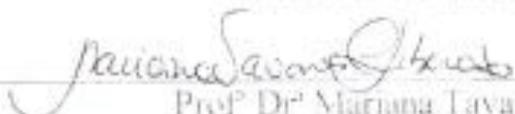
Prof^o Dr^a Paulo Henrique Dias Quinderé
(Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

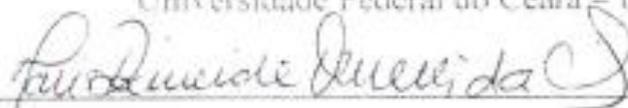


Prof. Dr. Andrea Caprara

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof^o Dr^a Mariana Tavares Cavalcanti Liberato
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof^o Dr^a Maria Rocineide Ferreira da Silva – Suplente
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Senhor cidadão

Senhor cidadão
Me diga, por quê
me diga por quê
você anda tão triste?
tão triste
Não pode ter nenhum amigo
senhor cidadão
na briga eterna do teu mundo
senhor cidadão
tem que ferir ou ser ferido
senhor cidadão
O cidadão, que vida amarga
que vida amarga.

Oh senhor cidadão,
eu quero saber, eu quero saber
com quantos quilos de medo,
com quantos quilos de medo
se faz uma tradição?

Oh senhor cidadão,
eu quero saber, eu quero saber
com quantas mortes no peito,
com quantas mortes no peito
se faz a seriedade?

Senhor cidadão
senhor cidadão
eu e você
eu e você
temos coisas até parecidas
parecidas:
por exemplo, nossos dentes
senhor cidadão
da mesma cor, do mesmo barro
senhor cidadão
enquanto os meus guardam sorrisos
senhor cidadão
os teus não sabem senão morder
que vida amarga

Oh senhor cidadão,
eu quero saber, eu quero saber
se a tesoura do cabelo
se a tesoura do cabelo
também corta a crueldade

(Tom Zé)

AGRADECIMENTOS

A toda a equipe de Saúde Mental do Município de Fortaleza-CE e aos adolescentes, que contribuíram de maneira decisiva para a realização desta pesquisa.

Aos colegas e professores do Programa de Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pelo convívio e aprendizado.

Aos colegas do Grupo de Estudos (GRUPSFE) em especial à Thalita Rimes e Lourdes Suelen, pela troca de ideias e o companheirismo ao desbravarmos, juntas, os desafios do campo de pesquisa.

Um agradecimento muito carinhoso e especial às minhas amigas Tatiana Ribeiro, Márcia Uchoa e Mairla Alencar, pelas contribuições nos momentos informais de construção deste trabalho, pelo companheirismo, amizade e afeto que tornaram essa jornada mais leve e colorida. Sem dúvida, presentes que o PPSAC me proporcionou.

Meiry Mesquita, que prontamente me auxiliou nas leituras e revisão do material, mesmo nos finais de semana e feriados. Meu muito obrigada!

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), por financiar esta pesquisa.

A Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge por ter acreditado.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé, por ter embarcado nessa empreitada, acolhendo momentos de angústia e proporcionando discussões que sustentaram essa pesquisa, mesmo quando eu o fazia perder a paciência (missão quase impossível).

Aos Prof. Dr. Andrea Caprara e Mariana Tavares Cavalcanti Liberato que gentilmente aceitaram participar da construção e enriquecimento desta pesquisa, com suas considerações e críticas, compondo a banca examinadora.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para nos educar e mostrar o valor da educação, os únicos luxos do qual nunca abriram mão, apesar das dificuldades.

Aos meus irmãos Cinthia, Naiana e Henrique, meu porto seguro.

Aos meus amados sobrinhos Maria Eduarda, Bernardo e “Fofinho”, que me impulsionam diariamente a crescer e ser uma pessoa melhor.

Aos meus tios Ana Júlia, Maria de Jesus, Maria de Fátima e Francisco José (Dedim), pela forma carinhosa com que sempre me acolheram e me apoiaram nas diferentes batalhas da vida.

A Lidiany Tributino, Ana Helena, Francisca Lopes e Cezar Augusto, pessoas que carrego no coração, que além de me inspirar me estimularam a ousar.

RESUMO

Com o advento do crack em nosso país e os constantes apelos da mídia e outros segmentos da sociedade, tornou-se comum falar sobre a existência de supostas epidemias e aumento do consumo entre crianças e adolescentes. Este tipo de divulgação, ao invés de estimular maiores iniciativas de autocuidado na busca por serviços especializados, frequentemente acaba por estimular um sentimento de insegurança generalizada na população. É neste cenário que o Ministério da Saúde passa a priorizar os adolescentes em suas ações de enfrentamento ao crack. Levando-se em consideração que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e que a forma como as pessoas percebem sua disponibilidade afeta na decisão em procurá-los ou não, esta pesquisa se propõe analisar o acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços CAPS-ad e CAPS-i em Fortaleza-CE, a fim de identificar dificuldades de acesso deste público aos serviços especializados em duas regionais de saúde do referido município, a Regional IV e a VI. Entrevistaram-se trinta e sete sujeitos, os quais foram classificados em três grupos: coordenador (03), profissional (09) e adolescente (25). Tomaram-se como ponto de partida os Centros de Atenção Psicossocial, os quais indicaram os demais entrevistados, segundo a técnica da bola de neve. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, somada ao registro no diário de campo, durante os meses de setembro 2014 a agosto de 2015. A análise do material empírico realizou-se à luz da hermenêutica dialética, a partir de categorias estabelecidas segundo a literatura, numa perspectiva crítica do confronto das significações, das contextualizações e das interlocuções. Respeitaram-se os preceitos ético-legais, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo parecer favorável do comitê de ética, nº 1.075.151. Construíram-se duas categorias empíricas para a compreensão do objeto a ser estudado, quais sejam, Precarização das condições de trabalho: uma análise acerca da dimensão econômica do acesso e O modelo proibicionista e seus desdobramentos no aspecto simbólico do acesso. Os resultados revelam que o baixo investimento financeiro na implementação do que está previsto na lei impede que os adolescentes acessem os dispositivos de cuidado, uma vez que estes possuem uma demanda diferenciada, exigindo que os profissionais extrapolem suas intervenções para além dos muros dos serviços, o que não tem sido feito por conta da limitação de recursos. O modelo proibicionista revelou-se um importante gerador de barreiras ao acesso para este público, por seu caráter excludente, criminalizador e produtor de violência e estigma, este último atingindo inclusive os profissionais dos serviços especializados. Assim constatou-se que os adolescentes pouco acessam os CAPS e quando o fazem não aderem aos

mesmos. Desta forma, faz-se necessário investir na implantação e fortalecimentos de novos pontos de atenção previstos na configuração oficial da rede, como os consultórios na rua, unidade de acolhimento e CAPS-III, bem como um esforço no sentido de afinar as estratégias do Ministério da Justiça com as do Ministério da Saúde, a fim de fortalecer a execução das políticas públicas e estimular o acesso dos adolescentes usuários de crack à rede de cuidados disponível, além de fortalecer o combate ao estigma.

Palavras-chave: Acesso. Adolescentes. Crack. Precarização das condições de trabalho. Estigma.

ABSTRACT

The advent of crack in our country and the constant appeals of the media and other segments of society made common to speak about the existence of alleged epidemics and increased consumption among children and adolescents. This type of disclosure, rather than encourage greater self-care initiatives to search for specialized services, often turns out to foster a sense of general insecurity in the population. Against this backdrop, the Ministry of Health goes to prioritize teenagers in their actions against the crack. Taking into consideration that the use of health services is the center of the functioning of health systems and the way people perceive their availability affects the decision to search for them or not, this research aims to analyze the access of adolescents crack users to CAPS-ad services and CAPS-i in Fortaleza, in order to identify difficulties in accessing this public to specialized services in two health centers of the municipality, Regional IV and VI. They interviewed thirty-seven subjects classified into three groups: the coordinator (03), professional (09) and adolescents (25). As a starting point is the mental health services, which indicated the remaining respondents, according to the snowball technique. It was used as data collection tool semi-structured interview, plus the journaling field during the months of September 2014 to August 2015. The analysis of the empirical material was held in the light of dialectical hermeneutics, from categories established according to literature, a critical perspective of the clash of meanings, of contextualization and dialogues. Ethical and legal precepts are respected, according to Resolution 466/12 of the National Health Council, receiving favorable opinion of the ethics committee, No. 1,075,151. It has been built up two empirical categories for understanding the object to be studied, namely Precarious working conditions: an analysis of the economic dimension of access and the prohibitionist model and its consequences on the symbolic aspect of access. The results show that the low financial investment in the implementation of what is prescribed by law prevents teenagers from accessing the care devices, as these have a different demand, requiring professionals from extending their activities beyond the walls of care services which has not been done due to the limited resources. The prohibitionist model has proven to be an important generator barriers to access to this audience, for its exclusive nature, criminalizing and producer of violence and stigma, the latter even reaching the professional specialized services. Thus it was found that adolescents seldom access CAPS and even when they do it they not adhere to them. Thus, it is necessary to invest in the establishment and invigoration of new points of provided care in the official network configuration, such as offices on the street, the host unit and CAPS-III, as well as an effort to

fine-tune the Ministry of strategies Justice with the Ministry of Health in order to improve public policies and to encourage access of crack users teenagers to the network of available care, and strengthen the fight against stigma.

Keywords: Access. Adolescents. Crack. Precarious working conditions. Stigma.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa municipal de Fortaleza. Secretarias Regionais	43
Figura 2 - Mapa do território da SR IV	46
Figura 3 - Mapa do território da SR VI	47
Figura 4 - Desenvolvimento da análise hermenêutica dialética	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos gestores de CAPS SERs IV e VI no período de 2014 e 2015, Fortaleza (CE) 2015	50
Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde SRs IV e VI no período 2014 e 2015, Fortaleza (CE) 2015	50
Quadro 3 - Caracterização dos adolescentes das SRs IV e VI no período 2014 - 2015, Fortaleza, 2015	52
Quadro 4 - Confronto dos depoimentos do grupo II - usuários.....	57
Quadro 5 - Confronto dos depoimentos do grupo II - profissionais.....	57
Quadro 6 - Confronto dos depoimentos do grupo II - coordenadores.....	57
Quadro 7 - Confronto das unidades analíticas entre os grupos 1, 2, e 3.....	58
Quadro 8 - Confronto das categorias empíricas entre os grupos 1, 2 e 3	58

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas.
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.
CEO	Centro de Especialidades odontológicas.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental.
CR	Consultório na Rua.
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente.
CT	Comunidade Terapêutica.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
GT	Grupo de Trabalho.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS.
PTS	Projeto Terapêutico Singular.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas.
SMSE	Sistema Municipal Saúde-Escola.
SR	Secretarias Regionais.
SUS	Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO.....	16
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO	17
2	OBJETIVOS	24
2.1	GERAL.....	24
2.2	ESPECÍFICOS	24
3	MARCO TEÓRICO	25
3.1	POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL.....	25
3.2	A ADOLESCÊNCIA E O FENÔMENO DO CRACK	30
3.3	O ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS/CRACK AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	36
4	CAMINHO METODOLÓGICO	42
4.1	NATUREZA DA PESQUISA	42
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	43
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA	49
4.4	MÉTODOS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	54
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	59
5	O PERFIL DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS E AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS CAPS-AD E CAPS-I	61
6	PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ACESSO DOS ADOLESCENTES AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: UMA ANÁLISE ACERCA DA DIMENSÃO ECÔNOMICO-SOCIAL	71
7	O MODELO PROIBICIONISTA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ASPECTO SIMBÓLICO DO ACESSO	88
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	113
	APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA.....	114
	APÊNDICE B - CARTÃO DE AGENDAMENTO DA ENTREVISTA.....	115
	APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO DO ADOLESCENTE	116

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ADOLESCENTES.....	117
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS	118
APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA – ADOLESCENTE ACOMPANHADO NOS CAPS	119
APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA – ADOLESCENTE NÃO ATENDIDO NOS CAPS	120
APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE .	121
APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES CAPS.....	122
APÊNDICE J - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	123

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O OBJETO DE ESTUDO

Durante a experiência como trabalhadora de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), vivenciei por quase cinco anos a rotina de um serviço que frequentemente trazia a sensação de não ser utilizado em toda a sua potência. Diversas vezes me deparei frente a questionamentos acerca da origem de qual tipo de fenômeno poderia estar sustentando tal impressão. Partindo da lógica propagada e alardeada pela mídia, de que o crack é a ‘peste’ do nosso tempo, e que essa ideologia difundida é absorvida pela população em geral, os serviços especializados da rede Pública deveriam ser os mais procurados, contudo não era essa a realidade que se apresentava.

Em momentos pontuais havia uma maior demanda por atendimento, geralmente em casos de consulta médica ou acolhimento. Quando o usuário buscava espontaneamente o serviço, sem necessidade de agendamento, porque tinha interrompido o tratamento e queria retomá-lo, em casos de urgência, ou para solicitar internamento, era encaminhado para o acolhimento como forma de garantir o atendimento no momento em que se dava a busca. Entretanto, a rotina do serviço não era marcada por um forte fluxo de usuários em acompanhamento contínuo e constante ou que tivessem aderido ao projeto terapêutico singular (PTS) pactuado com a equipe de referência. A situação tornava-se mais explícita quando se tratava dos usuários adolescentes, que aparentemente inexistiam no serviço.

De forma recorrente essa inquietação, e por que não dizer contradição, era algo compartilhado em reuniões de equipe, quando nos questionávamos a respeito da representatividade daquele universo de usuários atendidos no CAPS-ad, frente às demandas de saúde relacionadas aos problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas no município. Estaríamos efetivamente produzindo algum impacto perante a população com a oferta daquele tipo de serviço?

Quase cotidianamente emergia na equipe o sentimento de angústia frente às tentativas sem sucesso de nos tornarmos mais atraentes aos olhos dos adolescentes. Frequentemente, nos encontrávamos angustiados pelas poucas condições de trabalho oferecidas, como por exemplo, a escassez de material para oficinas terapêuticas, espaços inadequados e insuficientes para a realização dos diversos grupos, a fragilidade do transporte para deslocamento dos usuários com maiores comprometimentos em sua autonomia, além dos itens alimentícios exíguos para ofertar as refeições conforme previsto na legislação que

regulamenta o funcionamento do serviço. Por vezes, incluía-se nesta lista de precariedade material de escritório e até mesmo os medicamentos básicos, fator que impactava diretamente na manutenção e evolução de alguns casos. Inexistia a possibilidade de pagamento de horas extra para os profissionais, para que realizassem atividades em horários e locais alternativos, que acreditávamos mais convenientes aos usuários do serviço do que o formato convencional, horário comercial.

Possuíamos uma equipe reduzida, que apesar da sua militância em relação aos ideais da reforma psiquiátrica, do seu comprometimento ou mesmo da sua capacidade técnica, não tinha condições de se deslocar para realizar atividades nos territórios. Assim, as atividades acabavam focadas para dentro do serviço, para garantir seu funcionamento adequado e acolher a demanda espontânea que buscava o serviço, transformando-se cada vez mais próximo de um pronto atendimento, de grande um ambulatório.

Em contrapartida, presenciávamos o movimento crescente de expansão das Comunidades Terapêuticas (CT), que ganhavam espaço entre a população, a mídia em geral e as esferas governamentais, através de um discurso sedutor acerca da eficácia de seu modelo de atenção e da necessidade de realização de investimentos por parte do poder público, uma vez que se tratava de instituições genuinamente dispostas, e capazes, de lidar com a questão das drogas de forma eficiente, diante de um cenário de falta de possibilidades terapêuticas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a realidade nos mostrava que suas propostas ‘terapêuticas’ estavam longe de encontrar consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que gerava mais uma fonte de inquietação: como o Estado iria financiar as CT, se ainda mal consegue dar condições para a estruturação e implantação de sua rede de serviços, para que funcionem de maneira adequada, satisfatória? Como se pode dizer que não há oferta de serviços especializados no SUS, se existimos e funcionamos além de nossa capacidade?

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO

Nos últimos anos a grande mídia tem se dedicado a publicar matérias e programas de televisão de cunho sensacionalista a respeito do uso de crack, nas quais a atual política de saúde é frequentemente desqualificada e seu modelo assistencial muitas vezes é posto em questão.

Percebe-se de forma nítida a existência de um tensionamento polêmico envolvendo uso de crack, o mercado lucrativo que se vem constituindo em torno das práticas

de cuidado e as clínicas de recuperação. Esse embate entre políticas públicas de saúde e a comercialização da saúde pelos grandes empresários tem como principal ferramenta de marketing a desqualificação do sistema público de saúde. Entretanto, como se pode questionar um modelo de atenção sem a existência de elementos que possibilitem uma leitura mais crítica dessa realidade?

A manutenção da imagem de um SUS ineficaz, de um Estado negligente e da ausência no sistema público de serviços destinados a acolher e tratar os usuários de crack configura uma importante barreira ao acesso dos usuários aos serviços públicos, uma vez que desestimula a busca destes serviços por parte da população, promovendo um distanciamento entre as políticas públicas e os cidadãos por elas beneficiados.

Vasconcelos (2006) relata que os meios de comunicação reforçam o mal estar coletivo e a descrença no sistema de saúde, ao realizar um movimento que ecoa as precariedades do sistema e ao mesmo tempo vela seus sucessos parciais. Desta forma sustenta-se uma percepção no senso comum de que o sistema de saúde não responde as demanda da população, e que os princípios e diretrizes do SUS não saíram do papel, gerando insegurança e descrédito.

Entretanto, segundo documentos oficiais do Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados, no período entre 2006 e 2010, houve um aumento real do investimento federal no Programa de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que passou de 24,67% para 70,57% dos dividendos investidos em programas extra-hospitalares, enquanto os recursos destinados a serviços hospitalares foram reduzidos de 75,24% para 29,44%, em relação ao mesmo período. No referido documento, consta ainda registro do aumento da cobertura assistencial da rede CAPS, a qual passou de 0,21 CAPS para cada 100.000 habitantes, para o indicador de 0,68 CAPS para cada 100.000 habitantes em julho de 2011, em que recebe destaque a Região Nordeste com cobertura assistencial considerada muito boa. Contudo, a expansão de serviços destinados a crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, permanecem como um dos desafios a ser enfrentado (BRASIL, 2011).

Tais informações, apesar de serem de domínio público, não possuem visibilidade, não são divulgadas nos serviços, nas comunidades. Igualmente também não são objeto de reportagens veiculadas nos meios de comunicação de larga escala. Outro exemplo de informação pouco veiculada refere-se ao real perfil dos usuários de crack. Muitas especulações existem em torno dessa figura, desde a sua prevalência em termos nacionais,

padrão e formas de uso, cenas de uso, faixa etária, perfil econômico, dentre outros, porém nenhuma delas tem embasamento científico.

No ano de 2013 a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) realizou no Brasil a maior pesquisa já concretizada no mundo com usuários de crack, incluindo 26 capitais e o Distrito Federal, a qual constatou a soma de 370 mil usuários regulares, representando 35% dos usuários de drogas ilícitas. A pesquisa é parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo decreto Nº 7.179, em maio de 2010, pela Presidência da República, e idealizada pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SENAD) em parceria com a FIOCRUZ, a qual ressalta a carência de indicadores e informações mais precisas em nosso país acerca da questão. Essa pesquisa se propõe retratar o perfil do usuário de crack no Brasil, destacando em seus achados uma maioria de adultos jovens, com idade média de 30 anos; ressalta ainda que as crianças e adolescentes não constituem a maioria das cenas em nenhum local pesquisado.

O estudo observou ainda que dos 0,81% da população consumidora regular de crack e/ou similares, 0,11% eram crianças e adolescentes; e 0,70% eram maiores de idade. Assim dentre os 370 mil usuários de crack e/ou similares estimados pela pesquisa, em torno de 14% são menores de idade, o que representa aproximadamente cinquenta mil crianças e adolescentes que fazem uso dessa substância nas capitais do país. Convém frisar que essas proporções variam conforme a região e que as capitais do Nordeste apresentam o maior quantitativo de crianças e adolescentes consumidoras da substância, cerca de trinta mil indivíduos, enquanto que nas capitais das regiões Sul e Norte, esse número não passa de três mil, em cada uma dessas regiões.

A pesquisa destaca, porém que, excluindo todas essas crianças com idade bastante reduzida, entre as quais o consumo de crack é muito baixo ou nulo- como menores de 1 ano e crianças de até 8 anos de idade, o quantitativo de adolescentes usuários encontrados na pesquisa seria mais elevado, ainda que menor do que o consumo por parte de adultos. Em relação ao acesso aos equipamentos disponíveis, constatou-se baixo índice de utilização dos serviços, apesar de ser bastante expressivo o percentual dos usuários que afirmaram desejar se tratar para o uso de drogas, 78,9%. Dentre os serviços mais acessados nos últimos 30 dias, encontram-se os CAPS-ad com 6,3% e as Comunidades Terapêuticas, representando 4,2% dos entrevistados. Entre os sujeitos da pesquisa, observou-se que os serviços mais procurados foram aqueles de cunho social, além dos serviços de atenção à saúde, não necessariamente voltados ao tratamento da dependência química (BRASIL, 2013).

A produção científica acerca do acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços especializados ainda é tímida e as publicações existentes não conseguem alcançar em larga escala a população em geral. Desta forma, o conhecimento científico produzido continua restrito ao âmbito acadêmico, restando à população em geral apenas o acesso às informações divulgadas pela mídia de massa. Torna-se fundamental a realização e divulgação de estudo que retrate as condições de acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços especializados, desmistificando os estereótipos e possibilitando elaboração de políticas públicas condizentes com a realidade destes, bem como com suas necessidades de saúde, de forma a potencializar a utilização dos serviços disponíveis.

O termo acesso perpassa o conceito de saúde e está assegurado na Constituição brasileira como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado. Entretanto, a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer esforços constantes a fim de fortalecer o cuidado em saúde como bem público, no qual o usuário de crack também deve inserir-se. Assim, a universalidade do acesso do usuário de droga aos serviços de saúde implica diretamente a necessidade de um modelo de cuidado ético e equânime, contemplando questões como a inclusão social (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Diversos estudos (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003; AZEVEDO, 2010; MARCOLINO, 2009; SANTOS; ASSIS, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.* 2014; SOUZA *et al.* 2008; STARFIELD, 2002.) abordam o acesso aos serviços da atenção primária, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), por seu caráter regulador, porta de entrada do sistema ou pela perspectiva da relação oferta/demanda, a qual assume um caráter de ‘gargalo’ na saúde coletiva, pois muitas vezes não consegue atender toda as solicitações de busca aos serviços, gerando conseqüentemente insatisfação por parte dos seus usuários e o interesse dos estudiosos em entender como se dá essa relação. Porém em relação aos serviços de saúde mental, álcool e outras drogas esse terreno ainda é pouco explorado, apesar da baixa utilização destes serviços (CRUZ *et al.* 2013), que a princípio funcionam de portas abertas para a demanda espontânea da comunidade.

Muito embora ainda pouco se saiba sobre as condições que facilitam ou dificultam o acesso desses usuários aos serviços especializados, Siegal *et al.* (2002) alertam para o fato de que, embora o consumo da substância crack seja bastante comum nos dias atuais, muitos usuários ainda não procuram os serviços que oferecem tratamento. Esta constatação sugere a necessidade de melhor compreensão acerca dos motivos pelos quais alguns usuários de drogas, em especial o crack, não fazem tratamento.

Conforme apontam Sexton *et al.* (2008), o primeiro passo a ser dado no sentido de buscar cuidados constitui-se na identificação das barreiras de acesso aos serviços, as quais se impõem diante dos esforços daqueles que buscam ajuda. Logo, depreende-se que o acesso não ocorre de forma fluida e sem impedimentos, seja por questões estruturais, administrativas ou mesmo da ordem do desejo dos sujeitos envolvidos nessa busca por cuidados.

Silva *et al.* (2009) apontam para a existência de uma variedade heterogênea de razões que dificultam aos usuários de drogas o acesso aos serviços ditos essenciais. Tais achados foram documentados em estudo multicêntrico realizado em sete países da América Latina, revelando que as barreiras mais comumente encontradas para o acesso ao tratamento nesses países referem-se ao estigma sobre uso de drogas, aos custos com tratamento e escassez de opções; medicação específica insuficiente; longas listas de espera; falta de profissionais especializados; horário de funcionamento limitado; distância do seu local de moradia e falta de transporte.

Em consonância com o exposto acima, o estudo realizado por Cruz *et al.* (2013) aponta que as necessidades sociais e de saúde dos jovens usuários de crack no Brasil, em sua maioria não são atendidas, apesar destes expressarem o desejo em obter cuidados de serviços adequados, que lhes permitam enfrentar e tratar os problemas decorrentes do uso da substância. As baixas taxas de utilização de serviços de saúde e sociais, segundo relato dos sujeitos entrevistados no estudo, estão fortemente relacionadas à existência de barreiras de acesso devidas ao preconceito por parte dos profissionais dos serviços de saúde em relação às drogas, à burocracia dos serviços públicos, aos custos com transporte, ao fato de os serviços não serem considerados satisfatórios às suas necessidades, bem como à existência de regras e horários rígidos para atendimento, além da pouca qualificação dos profissionais.

Em se tratando das barreiras e comportamentos dos usuários de drogas que procuram tratamento para dependência de drogas e hepatite viral, no Rio de Janeiro, Malta *et al.* (2011) detectaram em seu estudo, que essa população comumente marginalizada, acessa o tratamento de forma bastante tímida, e apesar de estarem entre aqueles que mais precisam de tratamento, são exatamente os que têm menor chance de obtê-lo.

Até o momento, pouco se sabe sobre o acesso real da população dita marginalizada às unidades dos CAPS-ad no Brasil, porém em relação às oportunidades perdidas para tratamento de hepatite em usuários de drogas, verificou-se a existência de barreiras estruturais e barreiras individuais no momento da busca pelos serviços de saúde. Dentre os principais elementos preditores para busca de tratamento, recebem destaque os

serviços de saúde porque atuam com postura amigável, de baixo limiar de exigência para com os usuários, atuando como facilitador.

Torna-se imperativo para os serviços de saúde trabalhar junto aos usuários numa perspectiva de reduzir as exigências para realização do tratamento, abrindo mão de critérios e pré-requisitos, comumente mais de ordem moral do que técnico, uma vez que servem de forma importante para distanciar o usuário. Ressalta ainda a necessidade de estudos complementares para compreender as barreiras ao tratamento de usuários de drogas, bem como amostras maiores e avaliação de pacientes fora de contextos clínicos.

Nos Estados Unidos, outro estudo realizado por Lo e Cheng (2011), a respeito das diferenças raciais existentes em relação ao acesso para o tratamento do abuso de drogas, verificou-se que grupos minoritários como negros, hispânicos e asiáticos americanos possuem mais chances de acessar serviços não especializados para o tratamento do que os brancos americanos. Os autores propõem que analisar o tipo de tratamento ofertado é uma variável relevante na investigação do acesso aos serviços, uma vez que tem diversas implicações em todo o processo, podendo inclusive estar associado a outros agravamentos de saúde, tais como tentativas de suicídio, acidentes, lesões e morte.

Os resultados apontaram ainda as mulheres, os jovens e os entrevistados com maior nível de escolaridade como aqueles mais propensos a acessar serviços especializados. No grupo de minorias, os negros foram os que menos receberam qualquer tipo de tratamento. As restrições financeiras também foram apontadas como fonte de disparidades raciais/étnicas no acesso aos cuidados de saúde, bem como barreiras culturais e linguísticas.

De uma maneira geral, o acesso dos usuários de drogas aos serviços de saúde no Brasil ainda é pautado pelas fragilidades dos profissionais da saúde em acolher esta demanda, havendo uma tendência à centralização do tratamento nos CAPS-ad. Desta maneira, a liberdade de acesso aos serviços de saúde torna-se limitada, quando os demais serviços não se reconhecem responsáveis pela atenção a esse usuário, direcionando-os a apenas um serviço específico, por mais que este sujeito possua outras necessidades de saúde, as quais poderiam ser acolhidas em outros locais de cuidado (ALBUQUERQUE, 2013).

Levando em consideração o exposto e a diversidade de motivos para o não acesso aos serviços de saúde, bem como suas implicações nas políticas públicas, objetivamos neste trabalho analisar o acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços especializados, tipo CAPS-ad e CAPS-i, na tentativa de melhor entender: é possível compreender o acesso aos serviços de saúde da rede pública sem considerar as dificuldades existentes? Entretanto, como

se pode qualificar, ou desqualificar, um modelo de atenção em detrimento de outro, sem a existência de elementos que possibilitem uma leitura mais precisa da realidade atual? O que sabemos sobre como, e quanto, os serviços de saúde existentes na rede pública são utilizados? Quais as dificuldades encontradas pelos usuários? Falta de divulgação sobre os serviços, conhecimento de sua existência por parte da população? Existe uma incompatibilidade técnica e ideológica em relação aos anseios da população? Falta habilidade e qualificação por parte dos trabalhadores? Será que os serviços de assistência aos usuários de drogas atuam de forma passiva, estando apenas à espera do usuário, pouco contribuindo para o acesso destes ao serviço? Não se trata de uma necessidade dos usuários em questão e sim de uma necessidade identificada por terceiros? Os usuários e seus familiares conhecem a existência do serviço? Conhecem a proposta terapêutica dos serviços? O grande problema realmente é a falta de serviço disponível, como a mídia propaga? Dessa forma torna-se relevante conhecer os limites e desafios com os quais os usuários de crack se deparam por ocasião da busca pelos serviços especializados, a fim de melhorar a assistência ofertada a essa população, bem como compreender as consequências geradas pelas barreiras de acesso, na perspectiva de se pensar intervenções para minimizá-las.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- a) Analisar o acesso dos adolescentes usuários de crack aos CAPS-ad e CAPS-i, no município de Fortaleza-CE.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil sociodemográfico dos adolescentes usuários de crack;
- b) Compreender como se dá o acesso dos adolescentes aos serviços especializados;
- c) Discutir os principais tipos de barreiras existentes ao acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços CAPS-ad e CAPS-i.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: CENÁRIO ATUAL

Dentre as muitas mudanças políticas no atual cenário da saúde, podemos citar a frequente ameaça de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) e o avanço das comunidades terapêuticas na rede pública como modelo de referência na atenção aos usuários de substâncias psicoativas, em especial o crack, bem como sua efetiva inclusão na rede socioassistencial do sistema público, mediante portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A manutenção da imagem de um sistema de saúde público ineficaz, de um Estado negligente e da não oferta de serviços destinados a acolher e tratar os usuários de crack favorece, perante as massas, a ideia de que a implantação expressiva de comunidades terapêuticas pode ser a solução para o problema. Este tipo de crença contribui de maneira significativa para a criação de barreiras ao acesso dos usuários aos serviços da rede pública. Ademais, tal realidade encontra terreno fértil na fragilidade e no preconceito existente em torno da questão das drogas, ganhando ênfase nos discursos inflamados em torno de uma suposta epidemia de crack, bem como na ânsia de nossa sociedade por soluções simples e rápidas.

O SUS tem sido alvo de constantes embates políticos e ideológicos no cenário da saúde mental devido à polêmica que se gerou em torno do uso de crack e seus desdobramentos. Um exemplo recente foi a não aprovação do financiamento das comunidades terapêuticas pelo poder público, durante a IV Conferência de Saúde Mental, realizada no ano de 2012, uma vez que a proposta ideológica destes equipamentos está na contramão das práticas e princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, a deliberação da última Conferência não impediu o investimento por parte do poder público nas comunidades terapêuticas, mediante lançamento de editais para custeio e manutenção das mesmas, enquanto por outro lado o sistema de saúde público padece de um grave problema que vem se tornando crônico ao longo dos anos, que é o seu subfinanciamento. Matida (2011) ressalta que apesar dos avanços alcançados nos diversos níveis de atenção nos últimos tempos ainda não conseguimos superar desafios históricos como o subfinanciamento do setor. Portanto, eclode um paradoxo: se não há recursos para investir no avanço e consolidação da rede substitutiva aos manicômios, o mais lógico seria que também não existisse para o financiamento das comunidades terapêuticas.

No Ceará, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebem financiamento do Ministério da Saúde, que varia entre R\$ 28.305,00 a R\$ 78.800,00, conforme o nível de

complexidade. Cabe às prefeituras municipais arcar com o restante dos custos para manutenção dos equipamentos, já que não contam com a contrapartida do governo estadual, apesar de vivenciarmos um modelo de gestão tripartite, no qual cada esfera governamental deve assumir sua parte no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o que encontra sustentação e respaldo na lei complementar n° 141 de 2012 a qual “dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem investidos em ações e serviços públicos de saúde”.

É importante destacar que o mesmo estado que não colabora financeiramente para a consolidação, a manutenção e os avanços dos equipamentos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico em saúde mental, bem como para o conseqüente fortalecimento das propostas da reforma psiquiátrica, promove editais para o financiamento e custeio das Comunidades Terapêuticas. Desta forma, o financiamento de CT com dinheiro público tem sido cenário de grandes embates ideológicos, fortemente marcados por conflitos de interesses. Nesta arena, a participação do usuário ainda é muito tímida, estando sujeita a manipulações que oscilam conforme os interesses em questão, neste grande mercado que se tornou a saúde.

Outro ponto controverso desta discussão consiste no fato de que estes serviços, beneficiados por editais estaduais, não se adequam, e alguns declaram abertamente não querer se adequar à legislação pertinente para sua regulamentação, a Resolução de Diretoria Colegiada de número 29 (RDC N° 29), que dispõe sobre os critérios de segurança sanitária das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência. Essas instituições pleiteiam uma autonomia no seu *modus operandi*, mas sem, no entanto, abrir mão do financiamento por parte do poder público, ou seja, elas querem o dinheiro, mas rejeitam a ideia de serem fiscalizadas. Vale destacar que atualmente poucas são aquelas que se adequam à resolução publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em julho de 2011.

Há muitas especulações em torno de um possível monopólio por parte da bancada evangélica no Congresso Nacional, segundo as quais os donos de comunidades terapêuticas seriam os mesmos que propõem e aprovam textos de leis em benefício próprio, inclusive com força suficiente para contrariar deliberações de uma Conferência Nacional, conforme já se mencionou, ao passo que continuam vendendo amplamente um modelo assistencial segregador como a solução para o problema das drogas. Tal discurso, muitas vezes, se apoia na desqualificação do sistema de saúde público brasileiro, ou na propagação da ideia de que o

SUS não oferece equipamentos destinados aos cuidados dos usuários de substâncias psicoativas. No prefácio do livro “Olhares plurais sobre o fenômeno do crack”, Edward MacRae faz referência ao forte peso político desta proposta alternativa voltada exclusivamente para a abstinência e para a internação dos usuários, por períodos prolongados, em unidades inadequadas às normas do Ministério da Saúde; destaca inclusive a existência de possíveis interesses econômicos, os quais sustentariam a sedutora proposta de retirada dos usuários das cenas de uso, numa medida clara de higienização das ruas nas grandes capitais como solução para o problema (JORGE *et al.*, 2013).

É importante mencionar a existência de um recrudescimento das instituições fechadas e de regime totalitário, nas quais a autonomia do usuário é cerceada. Através de uma nova roupagem, velhas formas de cuidado estão sendo vendidas à população menos informada, uma vez que suas propostas não se alinham aos processos de reformas sanitária e psiquiátrica brasileira, mais se aproximando de um retrocesso na luta pelos direitos humanos e dos portadores de transtorno mental. Nesse tipo de instituições, o indivíduo deixa de ser sujeito de sua vida e, por vezes, não se responsabiliza por seu tratamento, por seus problemas e muito menos por suas escolhas, configurando-se uma situação propícia para violação dos direitos humanos e da cidadania. Diante desta realidade pode-se arriscar dizer que apenas alguns segmentos da sociedade se beneficiam, mediante a exploração e mercantilização de problemas de saúde pública, não sendo assim um bom negócio para a coletividade. Contudo, a internação continua sendo uma das formas de tratamento mais procuradas por familiares e comunidade, apesar dos avanços da rede em oferecer novos serviços a fim de ampliar o acesso ao tratamento. Convém destacar que estas propostas surgem a partir de uma lacuna histórica deixada pelas políticas públicas de saúde. A partir de 2002, com a portaria de nº 336, propõem-se dispositivos específicos para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas.

Neste cenário favorável à eclosão de Comunidades Terapêuticas, como modelo de atenção adequado ao tratamento dos usuários de drogas no Brasil, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia produziu e divulgou em novembro de 2011 o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, o qual traz como resultado vistorias realizadas em 68 instituições de internação para usuários de drogas, em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal. Nesse documento relatam-se inúmeras violações aos direitos humanos, como castigos físicos e psicológicos, humilhações sociais, desrespeito à escolha religiosa e orientação sexual, constatadas por ocasião das vistorias.

Conforme normatizações do Ministério da Saúde, as comunidades terapêuticas devem receber financiamento público e incluir-se na sua rede de apoio; devem adequar-se à Resolução N° 29, de 30 de junho de 2011, da ANVISA, além de cumprir os critérios estabelecidos pela portaria N° 131, de janeiro de 2012, entendidos como serviços de Atenção em Regime Residencial. Dentre as exigências, consta a necessidade de um projeto técnico que respeite determinados critérios e diretrizes para seu funcionamento; o projeto deve estar sob a responsabilidade de um coordenador técnico, e seguir critérios necessários para estrutura física, ingresso, acompanhamento e saída dos usuários. Destaca-se que o coordenador técnico deverá necessariamente ser um profissional da saúde pós-graduado, lato senso, ou com experiência comprovada na área de pelo menos quatro anos, e deverá estar presente no serviço diariamente, das 7 às 19 horas, todos os dias da semana, inclusive feriados.

As políticas voltadas para a temática das drogas já nascem com uma dívida histórica por terem relegado durante muito tempo a questão às instituições religiosas, de caridade e à justiça, deixando uma lacuna no agente da saúde e delegando a outros setores a responsabilidade de um problema que também diz respeito à saúde, em seu conceito mais amplo. A fim de minimizar esta ausência, surge em 2003 a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, fundamentada nos princípios do SUS e nos ideais da reforma psiquiátrica, propondo que as ações desenvolvidas neste setor devem ser planejadas de forma a considerar não somente o usuário, mas toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas (BRASIL, 2005).

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad), bem como os demais dispositivos da rede devem pautar suas ações utilizando-se amplamente dos conceitos de território e rede, da lógica da redução de danos e procurando agir de forma integrada com o meio cultural e na comunidade na qual estão inseridos (BRASIL, 2005).

Gonçalves (2002) reforça o exposto ao defender que a política vigente em nosso país prima pela liberdade de escolhas dos sujeitos e facilita o acesso ao tratamento, uma vez que não propõe altos padrões de exigência para se iniciar um tratamento, como o estado de abstinência por exemplo. Muito embora não se possa falar em um modelo ideal de tratamento, que seja eficaz para todos os casos de dependência química, o mais indicado seria respeitar as necessidades e possibilidades de cada indivíduo, a partir do que se desenvolva um projeto terapêutico singular adequado à realidade e possibilidades de mudança daquele sujeito, integrando-o a uma rede de atendimento na qual as implicações sociais, econômicas,

psicológicas e políticas que permeiam o mundo da dependência química sejam levadas em consideração.

Somada a essa lacuna histórica deixada pelas políticas públicas durante um longo período, em relação aos problemas decorrentes do abuso de drogas, a abordagem realizada em torno desta questão, nos últimos tempos tem se dado por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, na qual o tema vem sendo constantemente associado à criminalidade, a práticas antissociais e à oferta de tratamentos inspirados em modelos de exclusão, que propõem a separação dos usuários de seu convívio social, os quais desconsideram as demais implicações envolvidas para uma melhor compreensão do problema. Desta maneira toda a rede deveria estar pronta para acolher tais usuários, dentro de suas especificidades, de modo a promover e facilitar o acesso destes usuários (BRASIL, 2004).

Segundo documentos do Ministério da Saúde do Brasil (2010) a atenção a usuários de crack no âmbito do SUS está fundamentada nos referenciais de atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade. Nessa perspectiva, foi criado em 2010, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, um Grupo de Trabalho (GT) intersetorial cujos objetivos eram identificar a rede de atenção voltada para essa população e pontuar suas demandas e deficiências.

Dentre seus achados, o grupo destacou o estigma como um componente de considerável impacto em relação ao acesso deste público ao cuidado, no sentido de promover uma diminuição de tal acesso, haja vista a frequente associação dos usuários de crack ao tráfico, violência e criminalidade. Ainda é bastante comum encontrarmos em diversos serviços, profissionais com posturas e condutas preconceituosas, muitas vezes excludentes, reproduzindo nestes espaços os paradigmas pertencentes ao senso comum.

A atenção em rede tem como eixo norteador a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de forma complementar, solidária e funcional, visando garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2010). Assim, por meio do decreto de nº 7.179, de 20 de maio de 2010, institui-se o Plano Integrado de enfrentamento ao crack, o qual propõe dentre suas ações estruturantes a ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como a implantação de ações integradas de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social nos Territórios.

Concretiza-se assim, em nosso país, o paradigma da intersetorialidade no campo das políticas públicas sobre Drogas. Porém no ano de 2011 o Plano Integrado de

enfrentamento ao crack é alterado mediante decreto de nº 7.637, o qual define dentre outros aspectos, que as instâncias de gestão do Plano passarão a ser coordenadas pelo Ministério de Estado da Justiça, cabendo, portanto, a este prover apoio técnico-administrativo, bem como os meios necessários ao funcionamento das instâncias de gestão.

Atualmente, as Comunidades Terapêuticas estão incluídas oficialmente no escopo de cuidados ofertados pelo SUS, sob a justificativa de uma necessidade de ampliar e diversificar seus serviços, apesar de contrariar as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010.

O marco legal deste acontecimento é a Portaria Nº 3.088, lançada em dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com o objetivo de promover e potencializar o acesso da população, além da qualificação do cuidado, articulando e integrando os pontos de atenção das redes de saúde no território.

A referida portaria também considera em seus objetivos específicos, os adolescentes como integrantes dos grupos de maior vulnerabilidade, seguidos das crianças, pessoas em situação de rua e populações indígenas, para os quais devem ser desenvolvidas ações de promoção do cuidado em caráter especial, demonstrando-se desta forma, coerência e articulação com o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) instituído em 2009, mediante portaria MS Nº 1.190.

O plano destaca prioriza as ações voltadas para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, considerando que há uma tendência do uso cada vez mais precoce entre os adolescentes, o suposto aumento da prevalência no uso de drogas por essa população, sem deixar de mencionar o impacto danoso que o uso de crack e outras drogas podem provocar nessa etapa da vida.

3.2 A ADOLESCÊNCIA E O FENÔMENO DO CRACK

O Ministério da Saúde (MS) delimita o período da adolescência como aquele situado entre os 10 e os 19 anos, e a juventude entre 15 e 24 anos, conforme convenção da Organização Mundial da Saúde (OMS), embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, fixe o período da adolescência entre 12 e 18 anos de idade. Assim, para fins desta pesquisa adotou-se a definição utilizada pela OMS e pelo MS.

A adolescência é caracterizada por um momento dinâmico, conturbado e de grandes transformações físicas, psíquicas e sociais, em que o indivíduo atravessa o período da infância em direção à idade adulta, no qual se pode citar como uma das principais tarefas do indivíduo em desenvolvimento, a maturação biológica do corpo, até então infantil, e a formação da identidade do futuro adulto.

Entretanto, convém destacar que a puberdade, embora seja marcada pelas mudanças biológicas, incluindo o amadurecimento e a diferenciação dos caracteres sexuais secundários, ocorre de forma bastante similar na maioria das pessoas. Já a adolescência é fortemente marcada e influenciada pelo contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido, podendo variar em sua manifestação conforme os códigos e valores de cada população (SÃO PAULO, 2006).

De acordo com Soares (2008), a adolescência possui contornos muito específicos os quais a caracterizam como uma etapa fundamental do processo de desenvolvimento humano, como as modificações físicas e comportamentais, inaugurando um novo ciclo de descobertas e busca pelo novo, que agirão de forma significativa no desenvolvimento e estruturação da personalidade do sujeito em constituição.

Estudos como o de Marques e Cruz (2000) apontam que é neste contexto de profundas transformações que muitas vezes o jovem inicia o uso de psicoativos, o que reforça a necessidade de melhor conhecer as peculiaridades desta população, bem como as suas características em relação ao consumo de drogas, a fim de se chegar a abordagens e terapêuticas mais adequadas e eficazes.

Ressalta-se que, neste período, o ser humano encontra-se em processo de emancipação no qual os valores, as atitudes e os comportamentos estão em formação, num movimento gradativo de distanciamento dos pais em busca de sua independência, no qual a influência dos amigos e dos grupos sociais ocupa lugar de destaque (BRASIL, 2010).

Nesse contexto de vulnerabilidades psicossociais, em que se inserem os determinantes sociais, econômicos e políticos do processo saúde-doença, e dos riscos associados à violência em geral, o Ministério da Saúde vem ampliando e redirecionando suas ações, a fim de dar maior atenção a esse período de impulsividade e curiosidade em experimentar o novo.

Lembre-se, por oportuno, que a própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo de nº 227, versa sobre a garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente em caráter de prioridade absoluta, abrindo caminho assim para a criação, em 1990, do

Estatuto da Criança e do Adolescente como lei ordinária, o qual assegura aos mesmos os direitos em todas as esferas do desenvolvimento humano. O estatuto preconiza a proteção integral desse público, resguardando sua condição de ser humano em desenvolvimento e vendo-o como sujeito de direito.

Desta forma, as especificidades no atendimento em saúde para essa faixa etária exigem uma real integração entre as diferentes políticas públicas e os diversos setores da sociedade civil, como estratégia indispensável na abordagem dos adolescentes, principalmente em questões associadas ao abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2010).

Com o advento do crack em nosso país e os constantes apelos da mídia e de outros segmentos da sociedade, tornou-se lugar comum falar sobre a existência de supostas epidemias e aumento do consumo entre crianças e adolescentes. Este tipo de divulgação, ao invés de estimular maiores iniciativas de autocuidado ou mesmo de busca por serviços especializados, acaba estimulando uma insegurança generalizada na população.

É dentro deste cenário que o Ministério da Saúde passou a priorizar os adolescentes em suas ações de enfrentamento ao crack, dadas as singularidades do grupo e as proporções que o assunto vinha assumindo em nossa sociedade.

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso do Tratamento para usuários de Álcool e Drogas (PEAD), lançado pelo então presidente da República Luis Inácio Lula da Silva, surge como marco deste processo, trazendo como propostas a ampliação de leitos em hospital geral para usuários de drogas, o aumento da cobertura de CAPS no País, a adequação de CAPS II para CAPS III, além da implementação de novos dispositivos na rede assistencial já existente, como os Consultórios de rua e as casas de acolhimento transitório adulto e infanto-juvenil.

Outro marco desse Plano refere-se ao fato de apresentar em seu texto de maneira explícita o caráter prioritário das ações voltadas ao público infanto-juvenil, estabelecendo que devam ser conduzidas na perspectiva intersetorial e multidisciplinar, uma vez que a atenção integral a crianças e adolescentes está fortemente relacionada aos problemas sociais, não se fazendo exclusivamente através da prática clínica (BRASIL, 2009).

Desta forma, acredita-se que as ações direcionadas à atenção do adolescente devem ter como foco o desenvolvimento de estratégias adequadas às especificidades e complexidade de suas demandas, considerando os diferentes tipos de espaços para realizar a intervenção, tendo em vista a intersetorialidade e o respeito a todos os atores envolvidos (SÃO PAULO 2006).

O uso do crack tem sido um dos principais alvos das campanhas midiáticas, muito embora nem sempre numa perspectiva educativa, mas como uma tentativa de amedrontar os usuários e demonizar a substância. Tal iniciativa se caracteriza pela supervalorização dos princípios físico-químicos deste último, em detrimento da autonomia dos usuários e do contexto sociocultural no qual se inserem.

Dentro desta conjuntura, é importante destacar que a referida substância é um substrato do cloridrato de cocaína em pó, que ao passar pelo processo de diluição e aquecimento transforma-se em uma substância sólida, conhecida como “pedra de crack”. A sua diferenciação em relação à cocaína vai além de sua produção, as sensações também diferem, sendo a “pedra” caracterizada por um efeito estimulante mais rápido e intenso. No que diz respeito às formas de uso, ganham destaque apetrechos como latas e cachimbos (QUINDERÉ; JORGE, 2013).

Acerca dos atuais debates envolvendo o tema das drogas, Velho (1997) alerta, sobretudo por conta da influência da mídia, para o caráter tendencioso de se produzirem retóricas maniqueístas e polarizadas, que em nada acrescentam para uma compreensão mais complexa e imparcial do fenômeno. Destaca, ainda, o caráter altamente emocional e, por vezes, truculento dessas discussões, reforçando a necessidade de uma análise mais racional da questão das drogas na atualidade, caso se almeje alcançar algum tipo de esclarecimento.

Ademais, digno de menção é o estudo realizado recentemente pela FIOCRUZ (2013), o qual aponta o uso de crack como responsável por apenas 35% do consumo total de drogas ilícitas no país, contrariando assim a lógica da mídia quanto à existência de uma epidemia, levando-nos a crer que ainda existem muitas divergências em relação à temática, fazendo-se necessários maiores e mais detalhados estudos, para que se possa opinar de forma mais imparcial e menos passional sobre o assunto.

A chegada do crack ao Brasil data dos finais da década de 1980 e início da década de 1990 a partir da periferia da cidade de São Paulo, espalhando-se posteriormente pelo centro da cidade e pelo restante do país no período de duas décadas. O aumento do consumo de crack assumiu contornos de um grave problema de saúde pública, muito embora o preço da substância tenha quase que se mantido inalterado ao longo dos anos, o que sugere a existência de uma queda na qualidade do produto ofertado, a fim de manter os preços, o que fatalmente provocará um aumento potencial de risco à saúde mental e física dos usuários (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

No caso dos adolescentes, tal preocupação toma maiores proporções devido às particularidades deste período do desenvolvimento humano, as quais os tornam mais vulneráveis a comportamentos de riscos, como já se mencionou.

Bessa (2012) retrata o aumento do uso de crack por adolescentes numa perspectiva ascendente, ressaltando os graves danos à saúde e ao desenvolvimento, que podem ser desencadeados, resvalando inclusive, em sua dinâmica familiar e social devido às várias complicações relacionadas ao uso da substância, configurando-se como um dos grandes desafios de nossa sociedade.

Para fazer frente a este cenário, o autor acredita ser necessária a realização de investimentos por parte do poder público visando à implantação de serviços de prevenção ao uso de drogas, a melhoria de todos os serviços públicos, inclusive da educação, e facilitação do acesso a programas destinados a promover o desenvolvimento integral das potencialidades de crianças e adolescentes.

Os achados do VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino, realizado no ano de 2010, nas 27 capitais brasileiras, apontam que, ao contrário da ideia propagada por alguns setores da sociedade contemporânea, de uma maneira geral, houve nos últimos seis anos uma redução do consumo de substâncias, sendo o álcool e o tabaco aquelas mais prevalentes entre os estudantes pesquisados, enquanto o uso de crack não representou uma amostra expressiva.

O levantamento, contudo, sugere que a exposição às drogas tem se iniciado muito cedo, fazendo-se necessário que programas de prevenção ao uso de drogas contemplem crianças antes dos 10 anos de idade.

Nappo *et al.* (2010) alertam para o uso experimental de drogas na infância e adolescência como importante fator de risco para o abuso ou uso nocivo na vida adulta, reforçando a importância de cuidados específicos voltados para este segmento.

Dentre os prejuízos relacionados ao uso de drogas está, frequentemente, a associação a comportamentos antissociais, muito embora não haja na comunidade científica um consenso a respeito desta relação.

O estudo realizado por Nardi (2012), nas cinco regiões do Brasil, com alunos de escola pública em bairros de vulnerabilidade social, não apontou associação entre comportamentos antissociais e o uso de álcool ou tabaco, sendo este comportamento

relacionado de maneira mais significativa aos usuários de crack, cocaína e maconha, drogas ilícitas e diretamente envolvidas com o tráfico.

Importante destacar que apenas 4% dos entrevistados no estudo apresentaram o referido comportamento, sugerindo que a inserção na escola pode contribuir de maneira significativa como fator de prevenção da delinquência juvenil.

Etchepare *et al.* (2011), em sua pesquisa com meninos usuários de crack, com a média de $15,2 \pm 1,9$ anos, internados em um hospital público de Santa Maria, concluiu que 72,7% moravam com os pais, todos tinham o fundamental incompleto, 50% fumavam o crack em cachimbos, enquanto 36,4% usavam em latas.

Mais da metade dos adolescentes, 68,18%, afirmaram ter começado a usar drogas por influência dos amigos e uma assustadora proporção (95,4%) relatou sofrer alterações em seus hábitos alimentares durante o uso de crack por não sentirem fome, chegando a 45,4% o índice daqueles que revelaram não se alimentar no dia em que faziam uso da substância.

Tal estudo corrobora a hipótese aventada acerca das situações de maior vulnerabilidade social. Principalmente no que diz respeito à interferência de terceiros na formação e desenvolvimento de novos padrões de comportamento pelos adolescentes, bem como a vulnerabilidade que esses sujeitos, em importante fase do seu desenvolvimento global, enfrentam ao utilizar o crack. Assim, além dos potenciais efeitos negativos desencadeados no organismo pelo uso da substância em si, esses adolescentes também podem encontrar-se fragilizados, em virtude de uma eventual situação de nutrição negligente e empobrecida.

A depender do seu padrão de consumo, podem inclusive chegar ao ponto de privilegiar o uso da substância em detrimento de atividades da vida diária como estudos, higiene, relações sociais e a própria alimentação, esta última fundamental para o seu pleno desenvolvimento.

Além dos fatores biológicos e psicológicos envolvidos nesta fase, o componente social assume fundamental importância quando, aos fatores já mencionados, somam-se a situação de pobreza e de preconceito que podem dificultar o acesso dos adolescentes e jovens aos serviços ofertados pela rede de apoio, como a educação formal, os serviços de saúde, as atividades de esporte, lazer e cultura e o mercado de trabalho (BRASIL, 2010).

Em abril de 2013, o *International Journal of Drug Policy* publicou um estudo conduzido pelo professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Marcelo Santos Cruz, o qual analisa o comportamento de 160 usuários regulares de crack, entre 18 e 24 anos, nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador. Os resultados mostram que os serviços mais

utilizados pelos entrevistados nos últimos 30 dias foram aqueles que ofereciam refeições, como as igrejas, com índice de utilização no Rio de 26% e 6,5% em Salvador, os abrigos com taxa de 12% no Rio e 5% em Salvador, e os Centros de Saúde com 10% de utilização no Rio e 11% Salvador (CRUZ *et al.*, 2013).

Dentre os resultados, merece destaque o fato de que os serviços sociais e os serviços de saúde mostraram índices de utilização mais baixos do que aqueles apresentados pelas instituições de caráter religioso, apesar de todos os problemas de saúde e sociais com os quais os usuários de crack podem vir a se envolver.

3.3 O ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS/CRACK AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com Giovanella e Fleury (1996), o acesso aos serviços públicos de saúde da população foi universalizado mediante aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual regulamenta o Sistema Único de Saúde com seus princípios e diretrizes, passando a saúde a ser um direito de todos e dever do estado. Dentre as diretrizes do SUS, encontra-se a equidade, que visa garantir o acesso aos serviços de maneira a contemplar as diferenças e desigualdades dos indivíduos, sejam elas econômicas, sociais, culturais ou de gênero.

A definição de acesso perpassa o conceito de saúde e está assegurado na constituição brasileira como um direito de cidadania a ser garantido pelo Estado. Entretanto, o acesso universal aos serviços de saúde requer esforços constantes a fim de fortalecer o cuidado em saúde como bem público, em que o usuário de crack também deve inserir-se. Assim, a universalidade do acesso do usuário de droga aos serviços de saúde implica diretamente a necessidade de um modelo de cuidado ético e equânime, contemplando questões como a inclusão social (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Baseado nos dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em uma Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), Paim *et al* (2011) afirmam que o acesso aos serviços de saúde aumentou de forma significativa com a implantação do SUS. Antes da criação do SUS, apenas uma parcela de 8% da população afirmava ter utilizado algum tipo de serviço de saúde, nos últimos 30 dias, enquanto que, em 2008, o quantitativo da população que afirmava ter utilizado serviços de saúde pelo menos nos últimos 15 dias já atingia 14,2%. Entretanto, ainda pouco se sabe acerca das condições de acesso dos usuários de crack aos serviços especializados existentes na rede pública de saúde.

O Grupo de Trabalho (GT) intersetorial criado no ano de 2010, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas identificou que o aprimoramento da atenção aos usuários de crack no âmbito do SUS exige a necessidade de se abordarem aspectos como a ampliação da rede de atenção, a criação de dispositivos de atenção integral que possibilitem cuidado contínuo, a melhoria da articulação em rede da atenção a usuários de crack e finalmente a ampliação do acesso. Dentre as características sistematizadas pelo grupo acerca dos usuários de crack, figura a relação com o cuidado, a qual diz respeito à oferta de cuidado ao usuário, à identificação das formas de acesso ao cuidado junto aos serviços de saúde e à rede de apoio social. Nesta categoria, chamou-se atenção para aqueles usuários que não expressam ou que têm dificuldade em expressar suas necessidades de saúde, bem como de acessar ajuda, uma vez que estes se encontram mais expostos a vulnerabilidades, devendo, portanto, ser um público preferencial nas ações em saúde.

Dentro deste cenário, outro fato que merece destaque é a existência de uma visão equivocada em relação aos CAPS-ad como único recurso de atenção a usuários de crack, o que impõe, em muitas ocasiões, mais uma barreira de acesso aos usuários que buscam ajuda.

Vale destacar que a atenção básica desempenha importante papel de porta de entrada do usuário de crack no SUS e deve estar disponível para realizar seu acolhimento; sendo os seus serviços de maior capilaridade junto à comunidade, devem fazer o mapeamento e a identificação de usuários disfuncionais, articuladamente com as equipes dos CAPS e propondo abordagens para esses usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento (BRASIL, 2010).

Ainda segundo o autor supracitado, o não acesso às redes de apoio pode ocorrer por causa do estigma associado ao usuário de crack, do desgaste das relações socioafetivas decorrente dos abusos, sem, no entanto, deixar de lado o despreparo das equipes em lidar com este público, que dificulta o acesso e a permanência do usuário no tratamento.

Desta maneira, torna-se imperativa a ampliação e informatização do acesso, bem como investigações sobre os padrões de uso, e a efetividade das intervenções oferecidas pelo SUS.

Nas últimas décadas, o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, investigando-se a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação. Entretanto, no cenário nacional, a temática em discussão mostra-se às voltas em assegurar sua implementação legal. (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso aos serviços de saúde é um tema que abrange várias perspectivas e dimensões na construção de um caminho rumo a sua universalização, contemplando aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos. Essas diferentes abordagens de análise demonstram o nível de complexidade e diversidade envolvido na questão, a qual possui um expressivo potencial na organização do SUS e na promoção de mudanças nas políticas públicas (ASSIS; JESUS, 2012).

Alguns autores consideram que o conceito de acesso deve se estender à qualidade do cuidado, não devendo se limitar a procura e entrada nos serviços de saúde. Para Starfield (2002) em seu trabalho intitulado 'Acessibilidade e primeiro contato à "porta"', o acesso seria a forma como as pessoas percebem as dificuldades e facilidades para utilização dos serviços. A autora reporta-se ao emprego do termo por outros estudiosos, como forma de exemplificar suas diversas formas de aceção e compreensão.

Dentre eles destacam-se as compreensões de Millman (1993) e Donabedian (1973), os quais definem o acesso como o uso adequado dos serviços de saúde a fim de solucionar as demandas específicas, e como indicativo de ajuste entre o problema de saúde existente e as tecnologias empregadas para solucioná-lo, respectivamente.

Para Travassos e Martins (2004), o conceito de acesso é bastante complexo e muitas vezes empregado de forma pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde, variando entre autores, e sofrendo mudanças ao longo do tempo e de acordo com o contexto, sendo a terminologia empregada também variável.

Os autores pontuam ainda que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta em sua decisão de procurá-los ou não. Desse modo, a experiência vivida com os serviços e as informações que os usuários dispõem influencia diretamente na forma como as pessoas percebem as dificuldades e facilidades ao tentar obter os serviços de saúde de que necessitam.

Corroborando com o exposto acima, Baldani *et al.* (2010) afirmam que vários fatores interferem na utilização dos serviços de saúde, sendo o acesso o resultado da interação de uma série de fatores, os quais estão para além da existência ou disponibilidade de serviços, incluindo desta maneira fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, bem como os perfis de morbidade de uma determinada população.

Embora modelos teóricos se proponham demonstrar como estes fatores interferem no uso e no acesso dos serviços de saúde, o autor supracitado aponta o modelo proposto por

Andersen (1995) como o mais aplicado, o qual explica a utilização dos serviços como produto da interação entre determinantes individuais, do sistema de saúde, do contexto social, e das experiências de utilização dos serviços existentes.

Travassos e Martins (2004) reforçam o exposto em relação à importante contribuição do modelo proposto por Andersen e Newman (1973), ao afirmarem em seus trabalhos que esta abordagem tem sido a mais aplicada no cenário atual. O modelo em questão visa explicar tanto questões relacionadas ao acesso, quanto à utilização de serviços de saúde.

Na concepção de Thiede e McIntyre (2008), as múltiplas compreensões acerca do termo acesso sugerem que o conceito pode ser traduzido como a liberdade que os usuários possuem para utilizar os serviços de saúde, representando certo grau de ajuste entre estes e a comunidade; para tanto os autores trabalham sua representação valendo-se das dimensões de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade.

Mediante realização de uma revisão de literatura, com o objetivo de definir o conceito de acesso, Sanchez e Cicoline (2012) descreveram e elencaram quatro dimensões do acesso, as quais oferecem indicadores que auxiliam na investigação das barreiras impostas aos usuários na busca de serviços de saúde, quais sejam: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Sobre disponibilidade, os autores consideram a existência, ou não do serviço procurado, em local adequado e no momento em que se faz necessário. Em relação à aceitabilidade referem-se ao modo como a natureza do serviço é percebida pela população. No que diz respeito à capacidade de pagamento, estão contemplados todos aqueles gastos, diretos ou indiretos, decorrentes da utilização do serviço e finalmente a informação, que diz respeito ao nível de conhecimento dos usuários sobre os serviços existentes.

Levando-se em consideração o exposto acima e a diversidade de explicações acerca do acesso aos serviços de saúde, bem como sua implicação nas políticas públicas, objetivamos neste trabalho analisar as barreiras de acesso que se impõem aos usuários de crack, na tentativa de melhor entender como se dá a busca pelos serviços especializados, os critérios de escolhas que são levados em consideração no momento da escolha e se realmente os serviços tipo CAPS-ad são subutilizados, a fim de elucidar o que está envolvido em tal fenômeno de forma a potencializar ações que visem a qualificação destes. Optou-se por não utilizar o conceito de acessibilidade por entendermos que esta noção não faz parte deste recorte de estudo.

Assim, dentre os modelos de análise e os estudos acerca do acesso, utilizaremos ao longo deste trabalho as concepções propostas por Assis e Jesus (2012), os quais discutem o assunto a partir de diversas releituras teóricas, tanto em nível nacional como internacional. O modelo teórico proposto pelos autores intenta ir além da mera questão geográfica, estando organizado em torno de cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica.

Acredita-se que esta perspectiva aproxima-se de maneira mais fidedigna das investigações a que se propõe este estudo, e para tanto, cabe definir como os autores entendem e delimitam cada uma dessas dimensões.

A dimensão política refere-se às pactuações existentes entre as diversas instâncias de poder, a fim de promover ações estratégicas no sentido de superar carências históricas na oferta dos serviços de saúde, dentre os quais podemos citar: o governo, a sociedade civil, as instituições formadoras e os prestadores de serviços. A dimensão técnica, por sua vez, refere-se às habilidades e às responsabilidades dos profissionais e gestores de deslocar o usuário do sistema de saúde para o centro do processo da atenção à saúde, levando em consideração estratégias como: acolhimento, vínculo e autonomia entre a equipe e usuário, bem como o projeto terapêutico compartilhado.

Iremos analisar a dimensão econômico-social, levando em consideração os investimentos realizados na rede pública, sem perder de vista as responsabilidades de financiamento em cada esfera de poder (federal, estadual e municipal), dada a relevância da identificação dessas barreiras no sentido de proporcionar equidade na organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade. Já a capacidade em oferecer respostas aos problemas e demandas de saúde dos usuários, para facilitar o acesso, está relacionada à dimensão organizacional. A última dimensão do acesso a ser elencada pelos autores denomina-se simbólica, porque contempla o campo da subjetividade, envolvendo aspectos como a cultura, valores, crenças, bem como a compreensão de como se dá o processo saúde-doença, dos sujeitos e grupos sociais em busca de serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Portanto, os elementos que compõem as cinco dimensões, acima descritas, auxiliarão a elucidar alguns questionamentos acerca dos dados disponíveis atualmente os quais balizam os posicionamentos por parte dos usuários, no momento em que se dá, ou não, a busca por um serviço de saúde, assim como a respeito dos modelos assistenciais atualmente existentes.

Pretende-se com esta pesquisa oferecer elementos que possibilitem trazer à luz elementos mais concretos que possam contribuir de forma eficiente na discussão e construção dos novos rumos de uma política de atenção integral ao adolescente usuário de crack. Desta forma, a pesquisa se propõe a analisar o acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços CAPS-ad e CAPS-i em Fortaleza, a fim de investigar as dificuldades que se impõem ao acesso deste público aos serviços especializados em duas regionais de saúde do referido município. Em seguida, objetiva-se caracterizar os adolescentes que buscam os serviços e aqueles que não optaram por estes serviços, mediante os discursos dos mesmos e dos profissionais da saúde que os assistem dentro deste contexto.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com abordagem teórica da hermenêutica dialética, que busca apreender a experiência do acesso aos serviços especializados (CAPS-ad e CAPS-i.) pelos adolescentes usuários de crack em seu movimento contraditório, com os serviços, comunidade e profissionais.

Este tipo de pesquisa envolve a interação pesquisador-participante, a qual lida com questões muito particulares, com o universo dos significados, e com as interpretações das realidades sociais, buscando explorar espectros de opiniões em um grupo social específico. Para Minayo (1996, p.101), “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos”.

A pesquisa qualitativa:

(...) se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (1996, p.101).

Diante disto, entende-se que o objeto deste estudo direciona-se para a perspectiva teórico-metodológica situada no campo das abordagens qualitativas, a qual utilizará como opção para análise e interpretação do material coletado a hermenêutica dialética, inspirada em Assis e Jorge (2010) e Minayo (2010), tendo em vista a produção de uma análise compreensiva e crítica em que as práticas sociais são percebidas, refletidas e interpretadas, à luz de uma abordagem dialética.

A perspectiva da abordagem hermenêutica procura entender a multiplicidade de significados contidos no texto, de forma a clarear o que é confuso, e trazer à tona aquilo que se encontra escondido e fragmentado. A orientação dialética destaca o dissenso, a mudança, exigindo de qualquer análise “realizar uma crítica das ideias expostas nos produtos sociais buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao acolhimento e às transformações” (MINAYO, 2010, p.347).

Ainda segundo a autora supracitada, na hermenêutica as práticas sociais são percebidas, refletidas e interpretadas, à luz de uma abordagem dialética, nas quais o ser humano é marcado pelo espaço e tempo no qual vive, sendo suas expressões um reflexo do seu momento histórico. Inspirada em Gadamer, Minayo (2010) destaca que a compreensão não é um processo mecânico, mas um processo que se dá em uma relação baseada na intersubjetividade. Deste mesmo modo, o sujeito investigado nunca conseguirá dizer totalmente quem é no seu texto, ao passo que o pesquisador não conseguirá abranger o sentido total e definitivo do outro sobre o qual se debruça.

Assim, o objeto da hermenêutica repousa sobre o sentido atribuído a comunicação que se dá entre os seres humanos, na qual a linguagem transversaliza as relações subjetivas que estão impregnadas por limitações históricas e culturais. Desta forma o pesquisador não deve buscar nos textos uma verdade dissociada do seu contexto maior, uma vez que o sentido do discurso encontra-se sempre aberto a múltiplas possibilidades e profundamente marcado pela conjuntura social. Dito isto, a interpretação não deve se limitar a quem escreveu o texto, indo além de seu autor, pois este ao elaborá-lo, não tinha consciência da dimensão do que permite ser lido nele acerca de seu tempo (MINAYO, 2010).

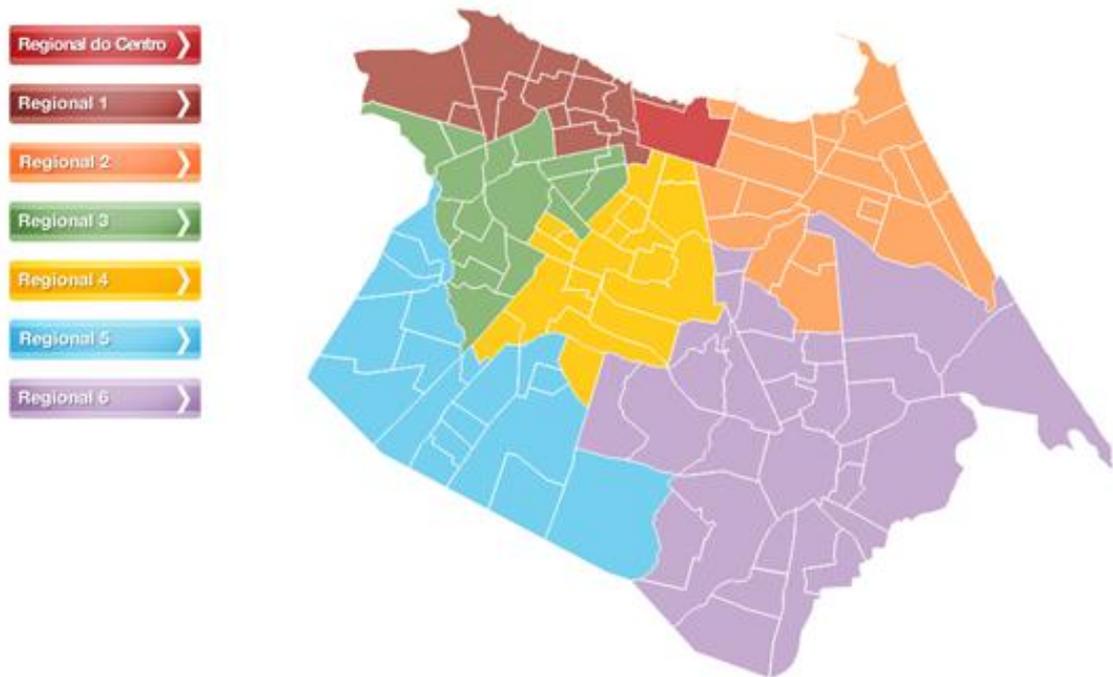
Para esta dissertação, utilizar-se-á o esquema de análise indicado por Assis e Jorge (2010) (Ver Figura IV) adaptado de Minayo (2010), por meio da abordagem hermenêutico-dialética, para a sistematização e o tratamento dos dados empíricos, com o intuito de se estabelecer relações dialéticas entre as diferentes fontes, a fim de se chegar a considerações que deem conta de explicar as questões relacionadas ao fenômeno em questão.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, considerada a quinta maior cidade do país. Possui uma população estimada pelo IBGE de 2.452.185 habitantes, e área de 314,930 km², em 2005 sua densidade demográfica encontrava-se em torno de 6.818 habitantes por km². Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos e a população com 60 anos e mais de idade corresponde a 7,48% do seu total (FORTALEZA, 2008).

O município organiza-se administrativamente em seis Secretarias Regionais (SRs) e cada uma delas é responsável pela gestão da rede de serviços de saúde existente na sua área geográfica, como mostra a figura I.

Figura 1 - Mapa municipal de Fortaleza. Secretarias Regionais



Fonte: Fortaleza, 2014.

Sua rede de saúde é composta por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário – Instituto José Frota (IJF) – que mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. O atendimento de urgência e emergência é feito também pelo SAMU.

As ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se espalhadas em seis Secretarias Regionais nos respectivos Distritos de Saúde. Os postos de saúde ou Centros de Saúde da Família oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência o Programa Saúde da Família, e são portas de entrada dos serviços de saúde.

A implantação do primeiro CAPS em Fortaleza ocorreu em 1998, na Secretaria Regional (SR) III, seguido dos CAPS das SR IV e VI em 2001. Atualmente, o município dispõe de uma rede de saúde mental que conta com o serviço fundamental de 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 6 CAPS Gerais, 6 CAPS-ad e 2 CAPS-i, os quais buscam preservar os objetivos da reforma psiquiátrica. Em Fortaleza, os CAPS têm recebido pessoas,

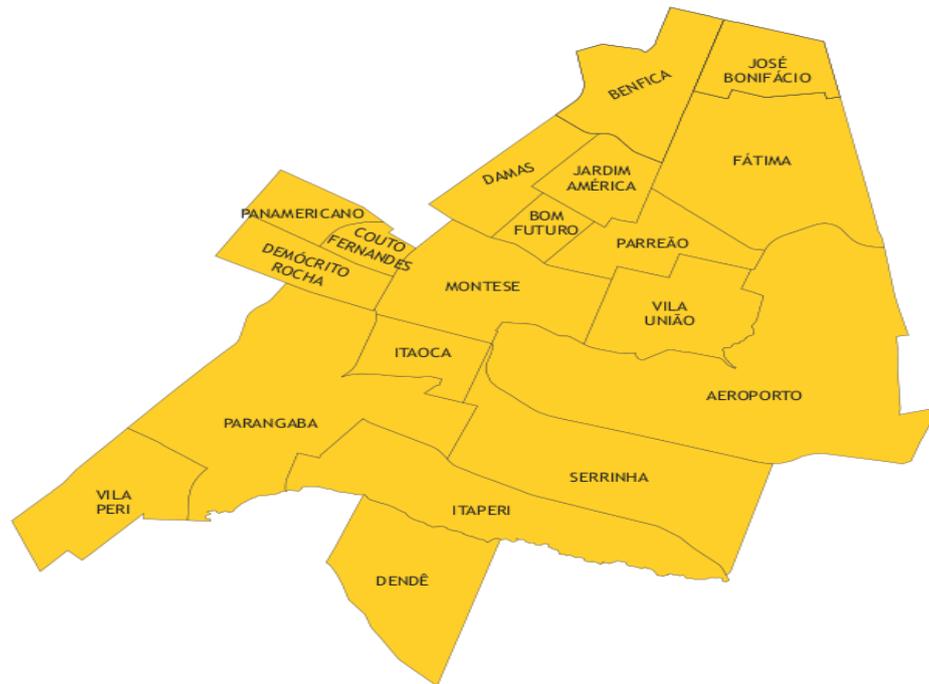
de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves, em situação de risco, e pessoas com transtornos decorrentes do abuso de crack, álcool e outras drogas. As ações de maior impacto da rede de saúde mental têm se constituído em: cogestão da rede assistencial de saúde mental; estruturação da rede assistencial de saúde mental; auditoria dos hospitais psiquiátricos; parcerias com os movimentos sociais, instituições formadoras e sociedade civil; estratégia de educação permanente; e investimento financeiro (FORTALEZA, 2008).

O Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) do município de Fortaleza é composto pela gestão municipal, pelos profissionais de saúde, pelas instituições de ensino e pelos usuários do SUS. Este sistema constitui uma estratégia de educação permanente, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços potenciais de educação no trabalho, de desenvolvimento e formação profissional.

A pesquisa realizou-se nos serviços que prestam atendimento aos adolescentes usuários de crack das Secretarias Regionais IV e VI do município de Fortaleza. A escolha pelo território administrativo-político das SRs IV e V deveu-se ao fato de estarem pactuadas no SMSE no qual a UECE e a Prefeitura de Fortaleza desenvolvem parcerias no âmbito da formação e atividades sociocomunitárias. Desse modo, a UECE viabiliza, junto a seus alunos e funcionários, estudos e trabalhos com a comunidade. Ademais, o CAPS-i da Regional IV referencia todas as regionais de números pares, ou seja, a II e a VI, fato que não ocorre com a Regional III. A Secretaria Regional IV (SR IV) está localizada a oeste do município, com extensão territorial de 34.272 km², sendo composta por dezenove bairros: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan-Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Este território concentra oito áreas de risco e conta com a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Hospital Distrital Frotinha da Parangaba. Seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, o qual contempla uma das maiores feiras livres da cidade, a da Parangaba, além de vários corredores comerciais, entre eles, o da Avenida Gomes de Matos, no Montese. Sua população é de cerca de 300 mil habitantes, tendo como bairro mais populoso o da Parangaba, com aproximadamente 32.840 habitantes, enquanto o menos populoso é o Dendê, com apenas 2.482 habitantes (FORTALEZA, 2010). (figura II).

Sua rede de serviços é composta por, 12 Unidades de Saúde, 03 CAPS, 02 Hospitais Distritais - Frotinha de Parangaba e CROA, Centro de Zoonoses, Centro de Referência de Saúde do trabalhador e o Distrito Técnico da Dengue.

Figura 2 - Mapa do território da SR IV

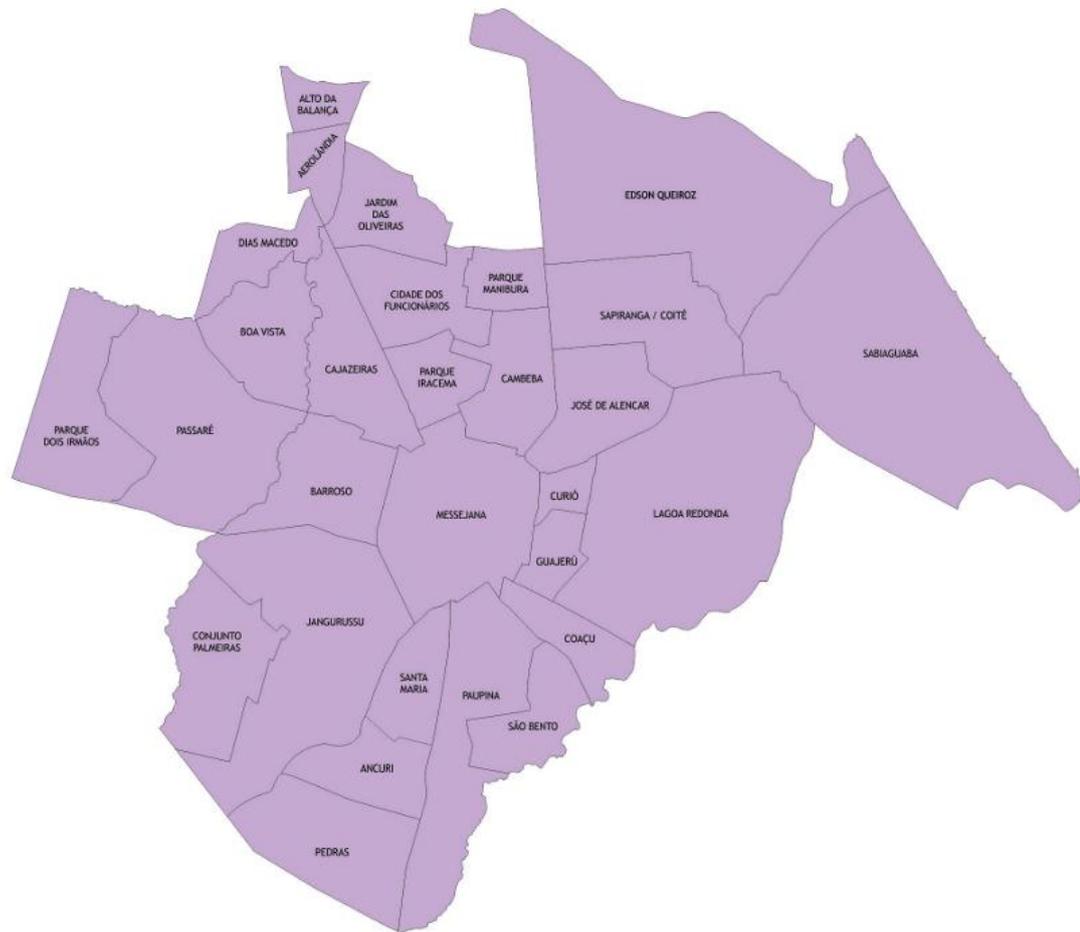


Fonte: Fortaleza, 2014

A Secretaria Regional VI (SR VI) é a maior do município de Fortaleza em extensão territorial, correspondendo a cerca de 40% do seu território total. Abriga uma população estimada de 510.816 habitantes, da qual 38,72% estão inseridos em alguma atividade formal e 61,28% em atividade informal. É composta por vinte e nove bairros circunvizinhos, contemplando o cinturão periférico do município. São eles: Edson Queiroz, Sapiranga, Sabiaguaba, Lagoa Redonda, José de Alencar, Parque Manibura, Cambeba, Curió, Guajiru, Coaçu, São Bento, Paupina, Messejana, Parque Iracema, Cidade dos Funcionários, Jardim das Oliveiras, Aerolândia, Dias Macêdo, Boa Vista, Cajazeiras, Passaré, Parque Dois Irmãos, Barroso, Conjunto Palmeiras, Santa Maria, Ancuri, Pedras, Alto da Balança. (FORTALEZA, 2010).

Sua rede de serviços é composta por 20 Centros de Saúde da Família, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral, 01 CAPS-ad, 01 Oca Terapêutica e Comunitária e 02 Hospitais Distritais – Gonzaguinha (Materno-Infantil) e Frotinha (Clínica Geral, Cirurgias e Traumas).

Figura 3 - Mapa do território da SR VI



Fonte: Fortaleza, 2014

Segundo a Assembleia Legislativa do Ceará (CEARÁ, 2010), o município de Fortaleza possui como rede formal de apoio ao usuário de crack, os seguintes serviços: 6 Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, Associação Shalom de Promoção - Projeto Volta Israel (SR II), Casa de Recuperação Caverna do Adulão (SR I), Centro de Convivência Elo de Vida – Hospital de Saúde Mental de Messejana (SR VI), Centro de Reabilitação Salém – Casa de Apoio e Orientação ao Usuário de Droga (SR III), Desafio Jovem Ceará (SR IV), Instituto Social Manassés (SR VI), Instituto Volta Vida (SR VI), LAR – Lugar de Apoio e Recuperação (SR VI), Lar da Paz (SR II), 33 Grupos de Narcóticos Anônimos, Núcleo de Apoio e Recuperação de Dependentes Químicos – NARDEQ (SR II), Projeto Martelo de Deus (SR I), Sociedade de Fé, Esperança e Caridade (SR I). Todas essas instituições são distribuídas nas seis Secretarias Regionais.

Entretanto, ao se optar pelas SR IV e VI o estudo delimitou-se às seguintes instituições: dois CAPS-ad e CAPS-i. A partir das informações ofertadas pelos entrevistados dos referidos serviços, partiu-se para outros pontos da rede de apoio, objetivando entrevistar

os adolescentes que se encontram fora dos mesmos. Desta forma, utilizou-se da técnica da bola de neve, que possibilitou o contato com outros dispositivos, quais sejam: Coordenaria de Políticas Sobre Drogas (CPDrogas), Abrigo Renascer, Ponte de encontro, Albergue Viva gente, Acolhimento institucional, Unidade de acolhimento Dr. Silas Munguba, Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI), Abrigo Viver a vida, Unidade de desintoxicação do Hospital de Messejana e uma Comunidade terapêutica.

Com vistas a obter autorização para entrada em campo, visitou-se a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES), a qual solicitou uma cópia do projeto de pesquisa para análise e posterior emissão de parecer favorável ao início da pesquisa e abordagem direta aos serviços.

Inicialmente, realizou-se contato telefônico com as respectivas coordenações, objetivando apresentar o projeto e os objetivos de pesquisa; em seguida, foram agendados momentos para entrevistar os profissionais e os adolescentes, conforme disponibilidade dos mesmos e do serviço. Esclareceu-se como se daria a inserção nos serviços, em consonância com as normas de funcionamento e sempre agendando e comunicando previamente as visitas. As coordenações mostraram-se solícitas à entrada em campo, contudo em alguns casos, especialmente dos CAPS, alertaram quanto à situação de fragilidade das equipes em decorrência do encerramento do contrato de muitos dos profissionais, os quais em pouco tempo seriam desligados, bem como pela chegada dos novos contratados, os quais ainda não conheciam as condições e habilidades técnicas nas quais assumiram os respectivos postos. Entretanto, ressaltaram a importância da produção de conhecimento na área da assistência aos adolescentes usuários de crack.

A primeira tentativa de aproximação no sentido de se iniciar a coleta de dados por meio das entrevistas, aconteceu mediante um prévio agendamento às rodas de gestão dos CAPS-ad e CAPS-i, objetivando conhecer as instalações, o funcionamento dos serviços, os profissionais e se familiarizar com os usuários dos serviços.

Desta forma, a entrada em campo se deu no mês de outubro de 2014, através de visitas ao campo e de articulações para realização das entrevistas com os profissionais do CAPS-ad e adolescentes usuários de crack, no intuito de observar as fragilidades dos instrumentos de coleta e providenciar possíveis ajustes. Conforme já se mencionou, em dezembro do referido ano uma parcela considerável seria desligada dos serviços, então nesse primeiro contato fomos orientadas por uma das coordenações a aguardar essa fase de

transição e retomar as coletas após a chegada dos novos profissionais, dada a situação de insegurança e angústia que a equipe enfrentava.

Em relação à entrada em campo nos outros equipamentos da rede, deu-se através de indicação dos sujeitos já entrevistados; para o primeiro contato tentou-se um agendamento telefônico com os respectivos responsáveis, para em seguida, lançar-se ao local apresentando-se a proposta da pesquisa, seus objetivos e o parecer favorável do comitê de Ética e pesquisa. Os primeiros contatos seguiram de acordo aos já mencionados anteriormente.

Diante da aceitação, iniciaram-se as visitas aos demais serviços para entrevista dos adolescentes e observação. Os sujeitos da entrevista eram escolhidos pelos profissionais, seguidas da aceitação do adolescente. As entrevistas transcorreram em espaços nos quais se pôde manter o sigilo e segurança do entrevistado. Todavia, percebeu-se nos espaços visitados uma dificuldade com a manutenção adequada das estruturas físicas e um dos motivos apontados pelos próprios funcionários foi a escassez de recursos financeiros para manutenção da estrutura.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram convidados a participar da pesquisa, e entrevistados intencionalmente, os profissionais dos CAPS-ad e CAPS-i que realizam alguma atividade relacionada à assistência dos adolescentes usuários de crack nas regionais IV e VI do município de Fortaleza, bem como os próprios adolescentes ali assistidos. A partir desses profissionais, outros pontos de atenção foram indicados como possíveis de se abordar os adolescentes, os quais foram contatados posteriormente. Entre os profissionais de CAPS, selecionaram-se, preferencialmente, aqueles com maior tempo de serviço na assistência, que realizam o acolhimento de primeira vez destes usuários, assim como os respectivos gestores dos serviços. O acolhimento de primeira vez trata-se da primeira abordagem feita ao usuário na ocasião em que este busca o serviço, sem agendamento prévio, com o objetivo de iniciar um acompanhamento.

Foram entrevistados trinta e sete sujeitos, os quais, por questão de melhor sistematização dos achados, foram classificados em três categorias coordenador (03), profissional (09) e adolescentes (25). Convencionou-se neste estudo identificar os profissionais da assistência com a letra P, seguido da respectiva numeração a qual os

diferencia (P1, P2... P9); para os coordenadores utilizou-se a letra C e para os adolescentes a letra A, ambos seguindo a mesma lógica utilizada para identificação dos profissionais.

A fim de garantir o sigilo dos participantes da pesquisa, acordou-se não identificar o tipo de CAPS no qual estavam lotados, visto que isso facilitaria a identificação dos mesmos, uma vez que existe apenas um equipamento por Regional. Note-se que todas as coordenadoras eram do sexo feminino.

Segue quadro de caracterização dos sujeitos:

Quadro 1 - Caracterização dos gestores de CAPS SERs IV e VI no período de 2014 e 2015, Fortaleza (CE) 2015

Identificação	Idade	Formação	Tempo de serviço	Tempo gestão	Vínculo empregatício	Pós-Graduação
C1	43	Assistente Social	3 anos	3 anos	CLT	Especialização
C2	29	Enfermeira	4 anos	4 meses	Outros	Especialização
C3	40	Psicóloga	1 ano	1 ano	CLT	Especialização

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais de saúde SRs IV e VI no período 2014 e 2015, Fortaleza (CE) 2015

Identificação	Sexo	Formação	Tempo de formada	Tempo de serviço	Vínculo empregatício	Pós-Graduação
P1	F	Psicóloga	7 anos	1 ano e 5 meses	CLT	Mestrado
P2	F	Ed. Físico	2 anos	6 anos	CLT	Não
P3	F	Terapia ocupacional	6 anos	8 meses	CLT	Especialização
P5	F	Pedagoga	14 anos	4 meses	CLT	Especialização
P6	F	Lic. Música	25 anos	10 anos	CLT	Mestrado
P7	F	Psicóloga	6 anos	6 meses	CLT	Mestrado
P8	F	Psicóloga	2 anos	10 meses	Bolsita	Residente
P9	M	Farmacêutico	7 anos	7 anos	Terceirizado	Especialista

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os adolescentes foram escolhidos em dois grupos: aqueles que estão acessando o serviço CAPS pela primeira vez e aqueles que nunca procuraram nenhum tipo de serviço para tratamento do uso de crack. Porém, durante todo o tempo de coleta das informações nos CAPS, mediante as visitas nos dias informados pelo serviço como aqueles que teriam atividades direcionadas para o público em questão, não se encontrou qualquer adolescente dentro do perfil procurado, entre 10 e 19 anos, com histórico de uso de crack. As observações e coletas foram realizadas sistematicamente no período de dois meses.

Em relação aos adolescentes que não estavam realizando tratamento, tentou-se buscar os equipamentos direcionados a abordagem de rua, localizados na Coordenadoria Especial de Políticas Sobre Drogas (CPDrogas), coordenadoria especial com caráter de secretaria, ligada diretamente ao gabinete do prefeito, e no Projeto Ponte de Encontro, este último compõe o organograma da secretaria de direitos humanos. Apesar de toda a disponibilidade dos técnicos envolvidos no processo, também não foi possível o contato com nenhum adolescente, dado o momento de reestruturação dos serviços.

A equipe de abordagem de rua da CPDrogas na ocasião estava atuando com apenas uma equipe para todo o município, atendendo demandas diversas, como visitas domiciliares dos CAPS, quando estes encontravam-se sem carro, participação em atividades intersetoriais e educativas nos Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (CUCA), e até mesmo respondendo a demandas específicas do gabinete, o que inviabilizou as ações em cena de uso no período da coleta. Problemas como férias de profissionais da equipe e folga do motorista como forma de pagamento de suas horas extras também foram obstáculos que dificultaram esse acompanhamento mais de perto.

Em relação ao Projeto Ponte de Encontro que também realiza abordagem de rua, por ser no turno da noite, inviabilizou a participação do pesquisador, uma vez que a equipe não julgou adequado. Entretanto, convém ressaltar que essa equipe passava por momento de reestruturação administrativa. O projeto compõe a Secretaria de Direitos Humanos e esta se encontra num processo de incorporação ao organograma da Secretaria de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Setra). Assim, toda a estrutura perdeu parte de sua autonomia e organização inicial, sofreu perdas no que diz respeito ao seu pessoal, principalmente educadores sociais, bem como teve algumas de suas atividades reduzidas em seu escopo e carga horária.

Incluir o acompanhamento das atividades realizadas junto a equipes móveis tornou-se indispensável, uma vez que as mesmas já possuíam apropriação e conhecimento adequado acerca do território de atuação e vínculos já minimamente estabelecidos com os usuários, facilitando a introdução do pesquisador nos cenas de uso, conseguindo contemplar assim uma amostra mais diversificada de sujeitos.

A proposta inicial seria de, após identificação dos sujeitos pela equipe de rua, os adolescentes seriam primeiramente consultados pelos informantes, quanto ao seu desejo e disponibilidade em participar da pesquisa. Estes esclareceriam ainda os objetivos e

procedimentos da pesquisa, assegurando inclusive o caráter confidencial do processo e a não vinculação desta com o serviço em questão, explicitando o direito de recusa.

Somente após o aceite do participante, seria agendado (APÊNDICE B) o momento da abordagem com o entrevistador, o qual seria conduzido ao local juntamente com um profissional da equipe com quem já tivesse um vínculo estabelecido. Tal procedimento visava garantir a segurança dos informantes envolvidos, de modo que estes se sentissem mais à vontade em participar da pesquisa, minimizando o receio destes serem percebidos pela comunidade como possíveis ‘delatores’ e visando ainda tornar o contato com os adolescentes o menos invasivo possível.

A outra estratégia possível, e que se mostrou exequível em campo, foi partir em busca destes adolescentes seguindo a indicação dos profissionais dos CAPS-ad e CAPS- i, de cada Regional, os quais identificaram a partir de sua experiência cotidiana, os locais onde estes meninos poderiam ser encontrados e posteriormente abordados. Utilizando-se, portanto, da técnica da bola de neve.

Segue quadro com caracterização dos adolescentes entrevistados:

Quadro 3 - Caracterização dos adolescentes das SRs IV e VI no período 2014 - 2015,

Fortaleza, 2015

(Continua)

Identificação	Sexo	Idade	Escolaridade	Co-habita	Ato ilícito	Serviço	Encaminhamento	Crack
A1	M	13	4º ano - parou	Pai	N.I	Renascer	C. Tutelar	Nega
A2	M	14	6º ano - parou	Mãe	N.I	Viver a vida	CPDrogas	Usa- N especif
A3	M	15	8º ano- parou	NI	Tráfico	Renascer	C. Tutelar	Nega
A4	M	16	5º e 6º - SEJA	Sit. Rua	Roubo	Renascer	Juiz	Cachimbo
A5	M	16	8º ano- parou	Avó	Roubo	Renascer	Juiz	Lata
A6	M	16	9º ano	Mãe	Tráfico	Renascer	D.E- C.T	Cachimbo
A7	M	13	5º ano	Mãe, padrasto	Roubava	C. Terap	CAPS	Lata
A8	F	17	4º ano- parou	Mãe	N.I	SOPAI	Mãe	Nega
A9	F	15	6º ano - parou	Mãe	N.I	SOPAI	Mãe	Cachimbo
A10	M	13	5º ano	Pai	N.I	Viver a vida	CPDrogas	Nega
A11	M	17	9º ano	Avó	Trafico	Ac. Inst.	C. Tutelar	Nega
A12	M	16	EJA	Mãe	Trafico	Ac. Inst.	C. Tutelar	Nega
A13	M	17	6º ano - parou	Avó	N.I	Renascer	C. Tutelar	Nega
A14	M	15	8º ano - parou	Mãe	Tráfico	Viver a vida	CPDrogas	Nega
A15	M	17	7º ano - parou	Mãe	Tráfico	C. Terap	CRD	Nega
A16	M	N.I	N.I	Mãe	Tráfico	C. Terap	Irmão	Mesclado
A17	M	17	9º ano	Tia	N.I	Renascer	C. Tutelar	Nega
A18	F	14	6º ano - parou	Mãe, padrasto	Tráfico	UDHM	I.C.	Nega
A19	M	16	9º ano - parou	Mãe	Roubo	SOPAI	Juíz	Nega
A20	M	16	EJA (1º e 2º)	Pai	Tráfico	Albergue	D.E- CT	Nega

Quadro 3 - Caracterização dos adolescentes das SRs IV e VI no período 2014 - 2015,**Fortaleza, 2015**

(Conclusão)

A21	M	16	1º ano E.M - parou	Mãe e padrasto	N.I	SOPAI	I.C.	Nega
A22	M	15	9º ano - parou	Pais	Tráfico	C. Terap.	CRD	Usa- N especif
A23	M	17	5º ano - parou	Tia-órfão	Roubo	C. Terap	CRD	Usa- N especif
A24	M	15	9º ano	Pais	N.I- Atleta	CRD	CRD	Nega
A25	F	16	9º ano - parou	Sit. rua	Prostituição	Albergue	Conselho Tutelar	Lata

* N.I – Não informou

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como critério de inclusão, foram entrevistados adolescentes dentro da faixa etária preconizada pela OMS, de 10 a 19 anos, identificados pelos profissionais como usuários de crack. No caso de adolescentes que não se encontravam em acompanhamento nos CAPS, os mesmos eram indicados pelos entrevistados, fossem eles usuários ou profissionais.

Quanto aos profissionais da saúde considerou-se, como critério de inclusão, o fato de ser lotado especificamente em CAPS-ad, ou CAPS-i, e que atuasse com a clientela incluída na faixa etária de 10 a 19 anos, os quais buscassem o serviço por questões relacionadas ao uso de crack. Em relação aos outros dispositivos indicados, a abordagem seria mediante apresentação da proposta e seus objetivos, seguida de um convite aos profissionais que gostariam de participar da pesquisa.

Sobre os critérios de exclusão, destacam-se os profissionais da saúde com menos de 3 meses de experiência e os adolescentes que no momento da entrevista estivessem sob efeito de alguma substância, agitados, agressivos ou em outras condições que inviabilizassem a abordagem.

No caso dos adolescentes entrevistados que ao longo da conversa negaram o uso de crack, foi dado seguimento à entrevista mesmo após essa revelação, como forma de garantir, e proporcionar, aos entrevistados um momento de escuta. Assim, a entrevista não foi interrompida bruscamente ou de forma inadequada, o que só aconteceu quando o adolescente sentiu-se contemplado com aquele momento de fala.

Esse critério foi levado em consideração, pois se percebeu em alguns adolescentes abrigados uma demanda importante por escuta. Muitos deles referiam não ter muito o que fazer no serviço em que se encontravam, tampouco havia disponibilidade de profissionais qualificados para escutá-los.

Entretanto também foi nítida a postura de desconforto entre outros adolescentes, os quais, apesar das explicações fornecidas pelo entrevistador continuavam a acreditar que o mesmo, de alguma forma, fazia parte da equipe do serviço ou que até mesmo se tratasse de

um enviado da justiça, conforme um deles verbalizou. Foi informado a estes o direito de não participar da pesquisa sem que isso lhes trouxesse quaisquer prejuízos.

A coleta de dados teve como ponto de partida as indicações realizadas pelos informantes dos CAPS, seguindo a técnica da bola de neve. Levou-se em conta o critério da saturação teórico-empírica (MINAYO, 2010), a qual considera a repetição dos conteúdos, das observações e a relevância das informações.

Levou-se em consideração fundamentalmente a aceitação e a não aceitação dos sujeitos na participação da pesquisa.

4.4 MÉTODOS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

Como mecanismos para obtenção das informações, utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada, somada a um registro no diário de campo, mediante a utilização de um roteiro de observação (APÊNDICE J). As entrevistas foram realizadas individualmente, em local apropriado para resguardar o sigilo das informações, a partir de um roteiro com as principais questões abordadas na entrevista, as quais investigavam como se dá o acesso dos adolescentes aos serviços, quais as barreiras e facilidades encontradas neste percurso de busca por cuidados.

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE F, G, H) tem como característica principal sua estruturação prévia, a qual surge dos questionamentos e reflexões baseados em teorias ou pressupostos formulados bem antes do processo de aplicação do instrumento, o que possibilitará o aumento da amplitude investigativa (TRIVIÑOS, 1992).

Aplicou-se o instrumento aos adolescentes identificados pelos profissionais, bem como a estes últimos, buscando compreender como se dá o acesso ao serviço especializado, CAPS-ad e CAPS-i, bem como as dificuldades ou facilidades envolvidas nesse processo. Vale salientar que o instrumento foi submetido a um pré-teste, a fim de identificar eventuais inadequações e realizar as mudanças necessárias, com o intuito de aprimorá-lo.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelhos eletrônicos com a permissão dos participantes da pesquisa (APÊNDICE C, D, E). Após a entrevista, a gravação foi disponibilizada pelo entrevistador ao sujeito entrevistado, o qual foi novamente consultado sobre a utilização das informações para o estudo e, posterior utilização e divulgação científica.

A utilização do diário de campo possibilitou o aprofundamento da apreensão das informações. Para Minayo (2010), no diário de campo constam todas as informações que não

sejam o registro das formais, ou seja, gestos, comportamentos, conversas informais e expressões que digam respeito ao tema da pesquisa.

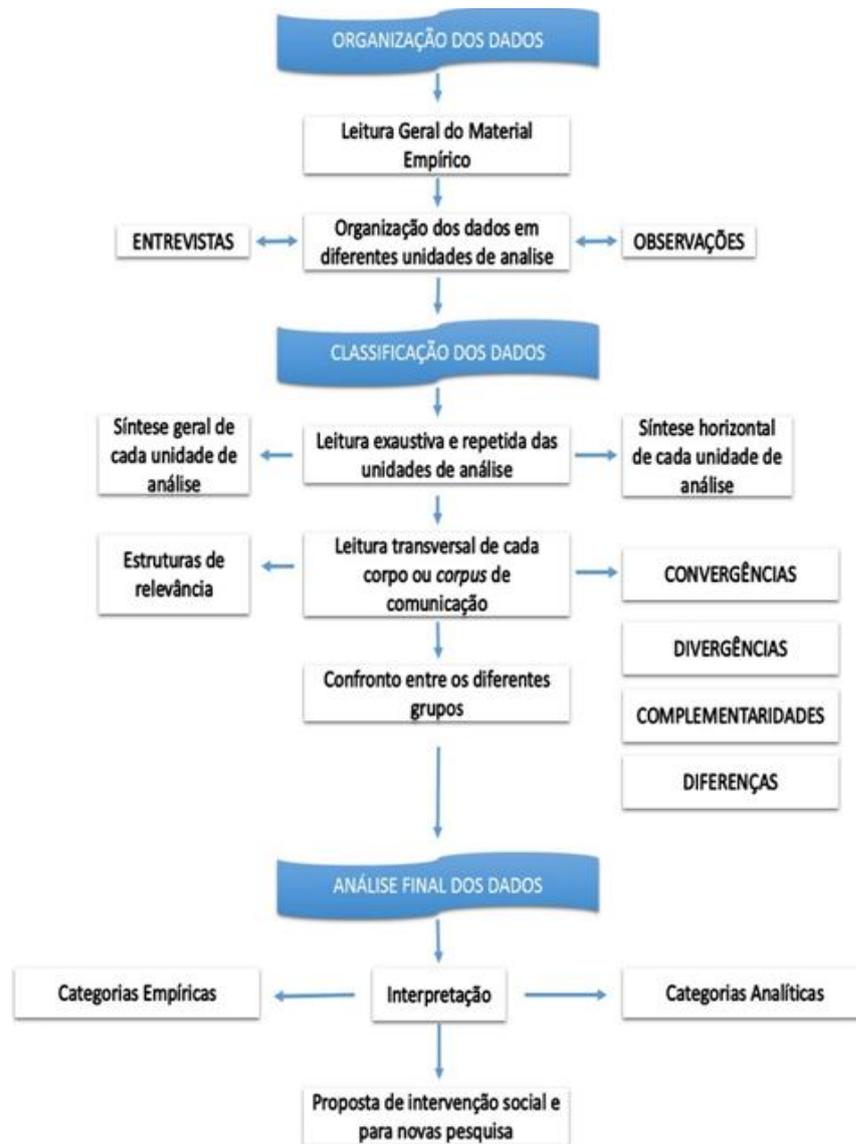
Os resultados desta pesquisa foram organizados a partir da elaboração de categorias analíticas e categorias empíricas. A primeira categoria foi trabalhada desde o início da pesquisa, auxiliando na composição do contexto e funcionando como baliza para o conhecimento do objeto, a partir da literatura pertinente. Já a última categoria, a empírica, foi criada somente após a aquisição e análise do material de campo, que possibilitou expressar as relações e representações específicas do grupo estudado.

Com base na hermenêutica dialética, buscou-se uma análise do material coletado numa perspectiva crítica do confronto das significações, das contextualizações e das interlocuções existentes. Constituiu-se, então, o processo analítico com as seguintes etapas direcionadas por Minayo (2010): ordenação de dados, classificação de dados, análise final, sob a forma de temáticas e categorias, conforme as dimensões do acesso previamente estabelecidas, o que favoreceu uma análise adequada das respostas. (ver figura IV).

A ordenação dos dados consistiu em transcrever os dados colhidos mediante entrevista semiestruturada e diário de campo, em seguida, releitura do material, para posteriormente organizarem-se os relatos das entrevistas e dos registros das observações contidas no diário de campo. Buscou-se um olhar inicial e horizontal daquilo que foi descoberto no campo, percebendo as homogeneidades e contrastes.

A classificação dos dados foi composta por dois momentos: a leitura horizontal e exaustiva do texto, seguida da leitura transversal. A primeira iniciou-se com várias leituras de cada entrevista e dos registros das observações, não sendo necessário realizar nenhuma análise contextual, realizou-se apenas uma leitura flutuante. Em seguida, tomou-se nota das primeiras impressões da pesquisadora, buscando coerência interna nas informações coletadas, apreendendo ideias centrais e as estruturas relevantes, que posteriormente ajudaram a formar as categorias empíricas.

Figura 4 - Desenvolvimento da análise hermenêutica dialética



Fonte: ASSIS; JORGE, 2010.

Na etapa da leitura transversal, realizou-se uma leitura de cada grupo de entrevistas, fazendo um recorte de cada entrevista em unidades de sentido ou temas, tendo como critério de classificação os objetivos do estudo e a recorrência do tema durante a coleta.

Os temas que emergiram foram separados e colocados em um quadro, conforme a correlação temática a fim de evidenciar as conexões entre eles, de forma a compreender e interpretar o que foi dito como mais relevante e representativo pelo grupo estudado.

Na junção das unidades de sentido, estabeleceram-se em cada unidade temática as relações entre as partes, visando elaborar sínteses verticais e horizontais a partir da ideia central, conforme consta a baixo:

Quadro 4 - Confronto dos depoimentos do grupo II - usuários

Unidades analíticas	Discurso 1	Discurso 2	Discurso 3	Síntese horizontal
Dimensão política do acesso				
Econômica social				
Técnica				
Organizacional				
Simbólica				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Quadro 5 - Confronto dos depoimentos do grupo II - profissionais

Unidades analíticas	Discurso 1	Discurso 2	Discurso 3	Síntese horizontal
Dimensão política do acesso				
Econômica social				
Técnica				
Organizacional				
Simbólica				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Quadro 6 - Confronto dos depoimentos do grupo II - coordenadores

Unidades analíticas	Discurso 1	Discurso 2	Discurso 3	Síntese horizontal
Dimensão política do acesso				
Econômica social				
Técnica				
Organizacional				
Simbólica				
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Posteriormente, realizou-se o confronto da síntese de cada unidade entre os diferentes grupos, conforme segue descrito no Quadro 7.

Em seguida, confrontaram-se as unidades analíticas entre os grupos de informantes-chaves da pesquisa com o intuito de construir de forma mais precisa as categorias empíricas.

O confronto foi buscado por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re)construção dos saberes e concepções que dele emergiram.

Quadro 7 - Confronto das unidades analíticas entre os grupos 1, 2, e 3

Unidades analíticas	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Síntese horizontal
Dimensão simbólica	-	“eu já vi várias vezes, chegam três e aí o pessoal começa a guardar as bolsas, fica aquele clima de tensão, "fecha a porta, não deixa a porta aberta, os ADs estão aí, cuidado com eles". (T8)	“Então, tem a dificuldade mesmo da questão do preconceito, das pessoas virem ao serviço” (C1)	Será trabalhada a categoria referente a concepção de estigma, segundo Gofmam (1964)
Síntese Vertical				

Fonte: Adaptado de Assis *et al.* (1998).

Do confronto entre as sínteses horizontais dos diferentes grupos contidos no quadro acima e pela revisão dos discursos encontrados, surgiram as categorias empíricas da pesquisa.

Com base nas categorias empíricas, implementou-se um confronto entre os discursos e dos diferentes grupos buscando as convergências, as divergências, as diferenças e a complementaridade existentes, explícita e implicitamente, no discurso dos entrevistados e conforme o seu contexto analítico.

Quadro 8 - Confronto das categorias empíricas entre os grupos 1, 2 e 3

Categorias empíricas	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Precarização das condições de trabalho e seus desdobramentos no acesso dos adolescentes aos serviços especializados			
O modelo proibicionista e seus desdobramentos no aspecto simbólico do acesso.			
Síntese Vertical			

Fonte: Adaptado de Assis (1998).

Na etapa da análise final, realizou-se um cruzamento dos dados levantados, do contexto sócio-histórico e o olhar do pesquisador, proporcionando uma profunda relação entre as articulações achadas nos discursos, suas análises e as teorias que podem aprofundar tais análises (MINAYO, 2010).

Apesar de ter como ponto de partida as cinco dimensões do acesso definidas por Assis e Jesus (2010), optou-se por trabalhar com apenas duas categorias, privilegiando os elementos que mais se sobressaíram nos discursos. Ademais, as referidas dimensões acabam

por se entremear, tornando difícil a realização de uma análise purista e limitada de apenas uma delas. Na categoria que contempla a dimensão econômica “Precarização das condições de trabalho e seus desdobramentos no acesso dos adolescentes aos serviços especializados: uma análise acerca da dimensão econômica do acesso”, também se incluem aspectos das dimensões organizacionais e técnicas, por exemplo, o mesmo ocorrendo com a categoria que visa discutir o aspecto simbólico, denominada “O modelo proibicionista e seus desdobramentos no aspecto simbólico do acesso”.

A primeira desvela as ressonâncias que o aspecto econômico-social promove na organização dos serviços, na implementação adequada da política vigente e na eficiência técnica dos seus profissionais, intimamente relacionada às dimensões organizacionais, política e técnica do acesso. A segunda categoria esclarece as consequências simbólicas no acesso dos adolescentes decorrentes da proposta ideológica baseada no proibicionismo, contemplando a dimensão simbólica. A interpretação de ambas foi realizada à luz das concepções propostas por Assis e Jesus (2012), em suas cinco dimensões do acesso, conforme já se explicitou. Ademais, um capítulo introdutório foi elaborado a fim de melhor esclarecer e contextualizar os achados referentes às condições em que o acesso dos adolescentes se dá no cenário da rede municipal, intitulado: “O perfil dos adolescentes usuários de crack e outras drogas e as condições de acesso aos CAPS-ad e CAPS-i”.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Buscou-se respeitar os preceitos ético-legais, pautados na legislação específica, para a realização desta pesquisa. Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, devem obedecer as diretrizes dessa resolução (BRASIL, 2012).

A pesquisa atendeu ainda aos princípios da justiça, da não maleficência, de beneficência e de respeito à autonomia, pois esse estudo tem como objetivo contribuir para a melhoria da atenção às pessoas com problemas de dependência química, desenvolvendo assim finalidades sócio-humanitárias.

Após submissão do projeto de pesquisa intitulado: “Acesso dos adolescentes usuários de crack aos CAPS-ad e CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.” à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), recebeu-se o parecer favorável com o número de protocolo 1.075.151.

Os sujeitos do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, quando se tratou dos adolescentes, foi disponibilizado o Termo de Assentimento, atendendo aos princípios éticos vigentes na legislação atual. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o de Assentimento (Apêndices A, B e C) foram assinados em duas vias por todos os participantes do estudo.

Convém destacar que o estudo compreende um recorte de um projeto maior denominado “Uso e consumo de crack por adolescentes: enfrentamentos e empoderamento na interface com a cultura, políticas públicas e redes sociais e assistências de apoio”, que foi submetido à análise do CEP da UECE, e aprovado com o número de protocolo 634.127.

5 O PERFIL DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS E AS CONDIÇÕES DE ACESSO AOS CAPS-ad E CAPS-i

Este capítulo tem como objetivo caracterizar os adolescentes entrevistados, desvelando o contexto em que se inserem, para ampliar a compreensão acerca das condições na qual se deflagra o acesso dos mesmos aos CAPS-ad e CAPS-i.

Durante o período de coleta, foram entrevistados 25 adolescentes em diferentes pontos de atenção – abrigo, albergue e unidade de internação. Entretanto nos CAPS-ad e infantil não foram colhidas entrevistas, porque esses adolescentes não acessavam os serviços no período em que as coletas foram realizadas nestes espaços.

Também não lograram êxito as intervenções junto às equipes de abordagem de rua, em face das fragilidades do cenário atual no qual se encontravam, conforme já explicitado no capítulo anterior. Destarte, apenas foi possível acessar usuários de crack que de alguma forma já se encontravam em situação de institucionalização, não sendo possível conhecer o perfil daqueles em uso, mas que, no entanto, ainda não haviam procurado os serviços, o que seria possível mediante abordagens dos mesmos em cenas de uso.

Dos adolescentes entrevistados, 56% já haviam passado por algum atendimento no CAPS, 44% relatavam ser usuários de crack, 44% negavam o uso e 12% apesar de negarem o uso, foram apontados pelos serviços como usuários de crack, mediante história colhida com familiares e avaliação do contexto no qual estavam inseridos, este último bastante conhecido como ponto de encontro para uso de crack, como os terminais de ônibus do município.

Dentre os que utilizavam crack, 81,81% afirmaram ser usuários de múltiplas substâncias, 36,36% relataram fazer uso de crack no cachimbo e 18,18% na lata. Quanto ao sexo, 84% eram do sexo masculino, 25% das adolescentes entrevistadas relataram trocar sexo pro crack e 50% delas já tinham ou estavam esperando seu primeiro filho.

No que se refere ao aspecto educacional, 80% não haviam concluído o ensino fundamental e 64% abandonaram os estudos. Apenas 12% dos entrevistados relatavam morar com ambos os genitores, o pai e a mãe.

Em relação às consequências legais, 48% possuíam algum tipo de envolvimento com a justiça e 60% já tinham se envolvido com o tráfico ou cometido roubos. Quanto ao motivo da busca ao serviço em que se encontravam, 36% relataram sofrer algum tipo de agressão física ou emocional, notadamente ameaça – contexto que teria ensejado a busca por tratamento.

Tais números funcionam para propiciar uma visão perspectiva do contexto no qual estes meninos estão inseridos, ampliando o paradigma para além do uso da substância, evidenciando uma situação de grandes vulnerabilidades, negligência e violação de direitos.

É possível, desde já, perceber que os adolescentes estão contextualizados em ambientes nos quais direitos sociais básicos (inclusive garantidos normativamente pela Lei nº. 8069/90, art. 4º), como o direito à vida, à saúde, à educação, à dignidade e ao respeito passam ao largo de suas realidades, e que a presença do Estado serve para penalizar condutas e não para garantir a cidadania.

É, portanto, o descompasso da realidade com o que dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente, segundo o qual crianças e adolescentes “têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Lei nº 8.069/90, art. 7º). A realidade, aliada a uma mentalidade higienista da sociedade, que dirige o foco de suas atenções para a abstinência da substância como possibilidade de cura e resolução da problemática, cria terreno fértil para o crescente número de jovens usuários de crack e outras substâncias.

Em um contexto de vulnerabilidades marcantes, omissões e exclusões incontrovertidas, o uso do crack sequer pode ser tido como um protagonista dessa história, assumindo o papel de mais um coadjuvante de uma realidade tão complexa, permeada por fragilidades estruturais de diversas ordens, as quais muito provavelmente antecedem a situação de uso.

Ainda segundo os relatos colhidos, há um consenso na compreensão de parte dos entrevistados em relação à ausência do desejo do adolescente em buscar tratamento, uma vez que esta procura costuma dar-se mediante intervenção de terceiros (pais, familiares, cuidadores, instituições) e não por vontade própria do usuário.

Desta forma, aqueles que chegavam aos CAPS, haviam sido encaminhados pelos pais, por instituições como abrigos ou mesmo via Poder Judiciário, sendo que estes não permaneciam em acompanhamento nos serviços, o que mostra a fragilidade desses encaminhamentos e a baixa capacidade desses serviços em fixar esse público.

Percebeu-se que esses encaminhamentos aos CAPS por outras instituições decorriam de uma falta de condições técnicas dos serviços como abrigo em darem conta das questões relacionadas ao uso de crack e outras drogas. Tanto profissionais quanto

adolescentes referiram dentre outras carências a ausência de técnicos capacitados para promoverem uma assistência integral, no lugar onde se encontravam “internados”.

Vê-se, portanto, que os meninos que de alguma forma acessavam os CAPS raramente o faziam por demanda própria e constantemente chegavam quando já se encontravam em situação de institucionalização, conforme constatado em campo.

“É, o caso que eu recebi aqui ele veio por “espontânea vontade” da mãe dele né, por que descobriu que ele tava usando maconha” (P1)

“Às vezes a pessoa não quer isso, não quer né?” (P2)

“É mais fácil a família vir solicitar ao serviço que a gente vá sensibiliza-lo para vir ingressar o tratamento, do que o próprio adolescente vir, tu tá entendendo o que eu tô querendo dizer? Ele não vem.” (P5)

“Porque eles não têm problema, pra eles, eles não têm problemas. Então se eles não reconhecem o problema, não adianta que autoridades venham dizer que eles tem um problema, ne?” (P7)

“Mas a maioria é através das vias judiciais ou porque já tá com um processo e o conselho tutelar já fez toda a abordagem e o juiz obrigou que o pai trouxesse (...) Por que eles chegam até aqui mais quando estão institucionalizados quando tão dentro dos abrigos porque são obrigados a vir quando estão nos abrigos então, é muito complicado a gente conseguir que eles cheguem e fiquem aqui e quando chega não dá continuidade” (C3)

Os resultados demonstram que esses adolescentes não são beneficiados pelas políticas públicas de enfrentamento às drogas em qualquer de suas feições: prevenção ao uso, tratamento ou mesmo assistência social, chegando ao serviço, necessariamente, por terceiros, conforme já se explicitou.

Assim os resultados encontrados na pesquisa indicam “o não acesso” destes adolescentes aos serviços especializados tipo CAPS, seja ele AD ou infantil, chegando muitas vezes aos serviços apenas quando obrigados por alguma instância, fazendo-se necessário repensar as formas como os encaminhamentos são realizados, abandonando a perspectiva da autoridade e investindo em intervenções de aproximação e sensibilização, por parte da rede de apoio e cuidados. Destaca-se ainda o fato dos adolescentes entrevistados estarem situados à margem da rede de apoio social. Desta forma, eles passam em atendimento no CAPS quando já estavam em situação de institucionalização, mediante encaminhamentos realizados por abrigos e medidas judiciais. Nesses casos o encaminhamento não consegue garantir a permanência ou aderência desses ao serviço. Outra forma de encaminhamento identificada refere-se aquela que se dá através da demanda dos pais ou dos cuidadores, sendo muito pequena a procura por demanda espontânea. Esses achados confirmam a pesquisa realizada por Quinderé (2013) que apresenta em seu quadro de caracterização dos 25 sujeitos da

pesquisa abordados na rede sócio-assistencial, inclusive nos CAPS, no qual constam apenas indivíduos com idade igual ou superior a 22 anos, não contemplando assim nenhum adolescente no grupo. Tal constatação sugere uma subutilização desses serviços, uma vez que estes adolescentes não chegam aos mesmos e quando o fazem não se trata de uma demanda própria, conforme podemos observar nos relatos que seguem:

“Deveria ter né? É ... divulgado todos os dias, pela mídia, que há um crescente uso de drogas, então assim, realmente aqui, não é uma procura muito intensa, não é uma busca muito intensa.” (P7)

“Os que chegam vem através da família e ao procurar alguns serviços dessa rede eles são diretamente encaminhados para abrigos para comunidades terapêuticas e o CAPS é o último lugar onde esse adolescente vem. Quando está no abrigo, dependendo do abrigo, eles ainda trazem para o CAPS, mas quando o adolescente vai embora do abrigo ou quando ele termina aquele período de um mês, quando ele consegue terminar, porque raríssimos os que passam um mês, eles vão embora e aí se perde, se perde esse cuidado.” (P8)

“Eles chegam até aqui mais quando estão institucionalizados, quando tã dentro dos abrigos, porque são obrigados a vir quando (...) então, é muito complicado a gente conseguir que eles cheguem e fiquem aqui e quando chega não dá continuidade (...) o que eu percebo que a gente não consegue dar conta, isso pra mim é muito claro porque eles não ficam, se eles não ficam é porque alguma coisa não os atrai, a droga é mais forte do que as nossas, as nossas estratégias. (C3)

Estes discursos demonstram uma das faces de como se estabelece o acesso dos adolescentes aos serviços. Sendo os CAPS dispositivos especializados do SUS, de base territorial, comunitária e de demanda espontânea, o que se espera é que esses meninos tenham o acesso aos serviços garantido e, mais que isso, que sejam motivados a procurá-los, dentro de uma lógica de Redes de Atenção.

Todavia, o resultado verificado foi diametralmente oposto ao teoricamente pretendido: os adolescentes que se encontram em situação de uso, que ainda não se encontram em processo de institucionalização, não recebem qualquer tipo de suporte destes serviços. Assim quando iniciam um movimento de busca por cuidados ele é direcionado para aqueles serviços que podem ofertar condições básicas de abrigamento e não de tratamento para o uso de substâncias, apontando para a prioridade em suprir necessidades de outra ordem.

Constatou-se, portanto, que as políticas que sustentam e orientam os CAPS ainda não conseguem chegar até esse público adolescente, embora a questão das drogas seja amplamente disseminada no meio social e de os serviços trabalharem em uma perspectiva de acolher demandas espontâneas como estratégia de facilitar o acesso.

Desta maneira torna-se relevante o registro que segue, o qual diz respeito ao alcance destas políticas em relação a esse público:

“Adolescentes que fazem uso de crack neste serviço, nesses 10 meses que eu estou, eles não chegam e não chegavam quando eu estava no CAPS-ad, mas eles existem.... Eu acredito que se o problema é contextualizado, global, não há uma causa, um motivo, então as ações para tentar dar conta desse problema obviamente elas não podem ser reducionista, porque se forem acontece o que eu observo que acontece, não surtem efeito, os adolescentes não chegam e as políticas públicas, pouco conseguem alcançá-los.” (P6)

Por mais que as políticas públicas se proponham integrais e intersetoriais, suas práticas se revelam reducionistas, as quais ainda privilegiam, em muitas circunstâncias o enfoque às drogas em detrimentos dos indivíduos que fazem uso. Muito desta realidade justifica-se no fato de sua execução persistir fortemente marcada pelo modelo de atenção biomédico, baseado na queixa conduta, que prioriza a instituição como espaço genuíno de cuidado, relegando a segundo plano o território onde os sujeitos vivem, circulam e se relacionam, o que contribuiria como um importante entrave para esse acesso.

Logo, observa-se a existência de um distanciamento dos serviços de saúde em relação à população em geral, os quais incorrem no perigo de serem percebidos como espaços não acolhedores pelos jovens.

Essa distância decorreria, entre outros fatores, do hiato cultural e etário existente entre os profissionais dos serviços e os adolescentes, mas também em razão da fragilidade na dinâmica intersetorial entre saúde, educação, trabalho, esporte e justiça relacionados aos adolescentes, o qual interfere de forma significativa no momento da busca por ajuda.

Em relação à rede de cuidados existente para os adolescentes usuários de crack, os estudos de Vicentini e Grako (2010) chamam a atenção para o distanciamento entre os serviços de saúde mental e o acesso destes adolescentes, caracterizados tanto pela escassez de serviços de saúde mental para o público adolescente, como pela dificuldade de adesão ao tratamento.

Assim, no que diz respeito à busca pelo tratamento, os estudos acima corroboram com os autores Malta *et al.* (2011) que, dentre os principais elementos preditores, destacam a importância dos serviços de saúde atuarem com postura amigável, de baixo limiar de exigência para com os usuários, atuando como um facilitador para a entrada de tratamento entre os usuários de drogas.

Os depoimentos dos adolescentes confirmam, em certa medida, as falas dos profissionais acerca da constatação do não acesso aos serviços tipo CAPS, embora, em alguns

casos, denotem um desconhecimento mais aprofundado sobre as peculiaridades e as propostas desse serviço como fator preponderante para tanto. Outros depoimentos demonstram inclusive o desconhecimento da própria existência dos CAPS, o que reforça a necessidade de um trabalho articulado com a rede e uma maior inserção nos territórios:

“É, pra doente né. (CAPS) Fui não. Só ouvi falar mesmo” (A16)

“Não, nunca não, o CAPS não. num quis. A minha irmã queria me levar lá, mas eu queria não. Foi, queria nem saber disso não.” (A22)

“Não conheço. É um negócio sobre remédio, drogas também? Já a negada aqui fala que toma remédio que só a porra lá.” (A15)

“Não. Uma vez que ouvi dizer. (CAPS)” (A10)

“Não, fui não. (CAPS). Já os menino ia que só aqui” (referindo-se ao abrigo). (A13)

A compreensão dos adolescentes acerca do serviço especializado CAPS situa-se entre o entendimento de um lugar que cuida de “doentes”, ou seja, de serviços que compreendem o uso de drogas como “doença”, e que estes tipo de espaços e entendimento não são atrativos para os adolescentes, logo dificilmente irão produzir aproximações espontâneas.

Entretanto é digno de nota que nem todo adolescente que usa droga é um “doente”, muito embora a formação tradicional compreenda o uso de drogas como “doença”, fato que acaba afastando os usuários dos serviços, uma vez que se trata de um lugar que por uma série de questões vem tendo como foco o acompanhamento ambulatorial, baseado na oferta de terapêuticas muitas vezes medicamentosas e pouco atrativas para os adolescentes.

Assim torna-se interessante a percepção que eles apresentam do serviço como um lugar onde se irá substituir uma droga por outra, nos quais o remédio é a principal estratégia ofertada. Os adolescentes confrontam esta realidade desvelando uma sociedade que além de usar, está permeada pelas drogas, inclusive quando se precisa de um tratamento para drogas.

Nessa circunstância, o espaço disponível também se utiliza delas como recurso terapêutico, muito embora este tipo de droga não esteja isenta de apresentar efeitos colaterais significativos em seus usuários.

Desta feita, considera-se importante entender os conceitos relacionados aos termos demanda e oferta dos serviços, em especial aqueles que atendem adolescentes usuários de crack.

Para Travassos *et al.* (1999), a oferta de serviços de saúde refere-se à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e

tecnológicos) específicos de atenção à saúde. Para tanto, considera-se o espaço geográfico, o modo como os profissionais realizam os serviços e a ideologia ou estilo político adotado pelas instituições formais que integram os sistemas de saúde. Já o conceito de demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido. Desta forma a percepção dos usuários acerca dos serviços existentes é fundamental para decidir a qual serviço irão se dirigir para buscar cuidados.

Arruda (1998) alerta que a terminologia demanda não se trata necessariamente de forma equivalente à expressão de necessidade, uma vez que as pessoas não raro desconhecem aquilo do que realmente precisam, podendo inclusive também desconhecer a existência de soluções para seus problemas, ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados e a impossibilidade de custear os serviços.

A análise separada acerca dos componentes de demanda e de oferta faz com que seus aspectos incorram no risco de uma polarização entre a demanda dos usuários como aqueles que “devem” buscar o serviço, e a oferta como o conjunto de conhecimentos e técnicas dos profissionais disponíveis para produzir o cuidado procurado pelo usuário.

Na prática, observa-se uma tendência a reduzir a oferta de cuidado apenas às demandas explícitas e não às necessidades reais de saúde. Nessa lógica, os serviços determinam o modo pelo qual as necessidades de saúde serão respondidas. Portanto, é importante ofertar condições de funcionamento pleno dos mesmos para que não permaneçam limitados ao atendimento das demandas e possam avançar em direção às necessidades reais de saúde da população.

Nessa perspectiva, o uso de crack e outras drogas muitas vezes aponta uma demanda de terceiros, sejam os cuidadores, os pais ou mesmo a justiça. Porém as necessidades de saúde dos adolescentes pesquisados, conforme se viu, estão muito além daquilo explicitado através da demanda, perpassando questões que ultrapassam o mero cuidado em saúde, contemplando questões socioculturais, educacionais financeiras e familiares.

Por conseguinte se a terapêutica ofertada pelo serviço só proporciona consultas, internação e medicamentos, apenas os interessados neste tipo de conduta irão acessá-lo, daí a necessidade de uma oferta que realmente contemple uma visão integral dos sujeitos, diversificando suas técnicas e procedimentos a fim de tornar o acesso o mais democrático possível.

Em uma reflexão mais ampla, as demandas não necessariamente traduzem as necessidades de saúde de uma população, elas são moduladas pelo que os serviços oferecem, exigindo uma maior compreensão por parte dos profissionais daquilo que está travestido na forma de demanda, para que se possa reordenar o que é ofertado em termos de saúde. (CECILO, 2001).

Nos relatos foi possível identificar o “não” interesse das pessoas em buscar os CAPS, pelo fato de estarem muito atreladas à ideia de um tratamento medicamentoso ou de um lugar destinado para doentes, concepções fortalecidas pelo desconhecimento real acerca daquilo que o serviço propõe.

Nessa perspectiva, gerir o trabalho em saúde buscando a integralidade da atenção e do cuidado exige uma profunda reflexão a respeito das características produzidas nesse processo, uma vez que desvelam as fragmentações existentes em suas práticas e em seu modo de organização, seja por ocasião da identificação das necessidades, seja na maneira como responde às mesmas, como assinalam Pinheiro *et al.* (2005).

Dito isto, os profissionais conseguem visualizar uma série de dificuldades que inviabilizam a chegada deste público aos serviços especializados, dentre as quais a necessidade de adoção de um modelo mais proativo, que consiga efetivamente chegar até esses usuários. É o que se depreende dos relatos abaixo:

“Resolutividade não existe, eu não acho que o formato da gente hoje seja resolutivo não. E é muito claro isso porque a gente tem o desaparecimento desses adolescentes o tempo inteiro, então fica muito claro que não é resolutivo. Eu não preciso nem de dado epidemiológico pra saber disso já fica muito claro só pelas idas e vindas deles que não tá fazendo sentido”. (C3)

“E o pouco que tem, eu vou ser sincera, não tem nada de atrativo aqui para ficar. O espaço não é atrativo, é... as atividades não são atrativas, não tem nada que interesse. Nós não temos um DVD, nós não temos uma TV, nós não temos um som, nós não temos instrumento musical, nós não temos um karaokê, nós não temos material ..de recursos.. assim é material de pintura, sabe?... Não tem nada e eu ainda quero que venha adolescente pra cá se eu não tenho nada” (P5)

“Eu sei que o cuidado que a gente faz, pelo menos o cuidado que eu faço aqui eu sei que é muito pouco, que surte pouquíssimo efeito... e eu não falaria adolescentes de Fortaleza, esse CAPS atende uma banda de Fortaleza e se fosse fazer um levantamento de prontuários você vai ver que são pouquíssimos os prontuários, atualmente ativos, adolescente com essa demanda, temos 5, então eu acho que tem muito que pensar sobre isso.” (P6)

Não obstante os profissionais percebam que o modo de atuação utilizado não é o mais adequado, é imperioso que sejam mais proativos, que caminhem ao encontro desses

meninos, que adentrem efetivamente a comunidade para além dos muros do serviço, e realizem parcerias visando um trabalho em rede, eles não se mostram capazes de concretizar tais ideais e, por conseguinte, alterar a situação. Findam por constatar que os adolescentes não buscam os serviços e quando o fazem, não permanecem, configurando uma fonte de angústia diante da fantasia onipotente que o profissional de saúde veste.

Urge, pois, uma readequação do modelo assistencial para um formato ativo, na qual o serviço não se limite a aguardar que o adolescente chegue até ele, mas que, ao contrário, chegue até onde está o usuário.

Uma das formas de operacionalizar essa mudança de postura do serviço está na reorientação das perspectivas baseadas na queixa-conduta, característica do modelo biomédico, e do “encapsulamento”, no qual os profissionais centralizam suas atividades dentro dos muros do serviço, organizando seus processos de trabalho principalmente para o atendimento da demanda que chega ao serviço.

Corroborando o exposto acima, Assis e Jesus (2014) defendem que os serviços de saúde devem orientar seu modelo de atenção tendo como referencial as necessidades de saúde de sua população, alertando ainda que em situações de grupos de risco devem-se garantir condições de acesso diferenciado à saúde, caso se pretenda facilitar, em algum grau, a inclusão dessas pessoas.

Embora este modelo de atenção seja garantido por meio de regulamentações, como a Portaria do Ministério da Saúde de nº 3088/2011, a qual instaura a RAPS, e pelo próprio ECA, os quais garantem um acesso diferenciado e prioritário dirigido a esse público, o fato é que sua execução esbarra nas diversas dificuldades advindas da insuficiência de recursos, e que se expressam, dentre outros fatores, por um incompleto quadro de pessoal e consequente redução do quantitativo de atendimentos.

No que se refere à articulação das políticas para ofertar um serviço de qualidade, o modelo assistencial preconiza ser de base comunitária, interdisciplinar, baseado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade (BRASIL, 2005). Contudo, o que se constata é que a realidade não ecoa o previsto legalmente, denotando a existência de uma lacuna entre o que propõe a política de saúde mental e o que realmente se vivencia no cotidiano dos serviços.

Os capítulos que seguem irão se debruçar na discussão mais aprofundada sobre os aspectos que interferem no acesso dos adolescentes aos serviços especializados, CAPS-ad e CAPS-i, repousando para tanto nas concepções elaboradas por Assis e Jesus (2012), acerca

das dimensões econômicas e simbólicas do acesso. Para tanto serão dedicados dois capítulos pra discutir cada uma das referidas dimensões.

6 PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ACESSO DOS ADOLESCENTES AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS: UMA ANÁLISE ACERCA DA DIMENSÃO ECÔNOMICO-SOCIAL

Este capítulo tem por escopo compreender como a dimensão socioeconômica do acesso tem reverberado nos serviços especializados de saúde do SUS ao atender os adolescentes usuários de crack e outras drogas. Para tanto, utilizar-se-á da categoria denominada “precarização das condições de trabalho” para desvelar estes aspectos, dada a enfática presença da mesma nos discursos dos profissionais entrevistados, principalmente em como dificulta a implementação das políticas públicas associadas de forma integrada.

O estudo apontou as diferentes dimensões que envolvem a problemática, perpassando pela ótica socioeconômica da questão, com suas respectivas ressonâncias nas dimensões organizacionais, técnica e política do acesso; pela necessidade de divulgação e legitimação social do serviço como forma de operacionalizar seu fortalecimento e pela imprescindibilidade de articulação de um serviço de saúde integrado para atenção aos usuários de crack.

A escolha pela abordagem dialética se deu por sua capacidade de compreensão para além dos resultados numéricos da pesquisa. Nesse sentido, os discursos apontam para os entendimentos de diversos autores, dos profissionais e usuários do serviço, como uma forma de contextualizar e compreender as demandas existentes e as respostas atualmente dadas pelas unidades.

Nesse cenário de inegáveis e peculiares dificuldades estão inseridas as equipes de trabalho dos serviços de assistência aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Não por acaso, a pesquisa observou a dificuldade dos profissionais e gestores em realizarem as atividades dos serviços numa perspectiva psicossocial frente a um contexto de escassez de recursos financeiros, estruturais, organizacionais, técnicos e de pessoal.

Dito isto, para o estudo optou-se pela análise mais ampla do termo econômico-social, que, por sua vez, considera os investimentos realizados na rede pública, sem perder de vista as responsabilidades de financiamento em cada esfera de poder, seja federal, estadual ou municipal, englobando as consequências que acarretam em termos de organização de serviço e processos de trabalho (ASSIS; JESUS, 2012). Desta maneira, o aspecto técnico da discussão foi analisado de forma transversal, sob a ótica das implicações econômicas na implantação da

política, uma vez que sem condições efetivas de funcionamento a questão técnica fatalmente fica comprometida em algum grau.

Quanto à ausência de recursos financeiros e estruturais, o discurso abaixo retrata ser este um problema de dimensão especialmente grave, tanto porque afeta diretamente as questões do acesso, da organização e da técnica, quanto porque sem a garantia de condições e materiais elementares, o próprio funcionamento do serviço pode ficar comprometido, inviabilizando a execução das respectivas políticas. Daí a necessidade premente de reflexão sobre o impacto da dimensão econômica no acesso de usuários de crack na rede de atenção psicossocial.

“A ideia dos CAPS é bem estruturada no papel, mas quando a gente vem pra realidade, aqui vocês podem ver o ambiente que a gente atende. Não é a mesma coisa que tá no papel que vai acontecer na prática, muitas vezes a gente não tem nem subsídios pra trabalhar aqui com as pessoas que a gente recebe. Aí a cargo de políticas públicas, é o que eu coloco, a nível de papel né, de projetos, existe, mas na hora de fazer né, de fazer acontecer, essas políticas elas meio que se perdem, nesse meio do caminho” (P1).

Assim, pode-se pensar que a precarização do trabalho está relacionado a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos profissionais e direitos trabalhistas, no contexto de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo.

Sobre o termo precarização do trabalho, o Dicionário de Educação Profissional de Saúde refere-se às perdas dos direitos trabalhistas em decorrência de transformações do mundo do trabalho e de retorno às ideias liberais de defesa do estado mínimo, que vêm surgindo especialmente nos países capitalistas desenvolvidos, a partir da terceira década do século passado. (PEREIRA E LIMA, 2008)

Entretanto, o termo precarização aqui discutido, ultrapassa os vínculos empregatícios e os salários vilipendiados. Em verdade, o termo utilizado refere-se a condições de trabalho incluindo toda e qualquer deficiência com impacto negativo no funcionamento daquilo a que o serviço se propõe, podendo servir como exemplos a falta de estrutura física para um bom atendimento à população; a ausência ou a deficiência de transporte para deslocamento da equipe em atividade nos territórios e em visitas domiciliares; a má qualidade da alimentação; a falta de medicamentos e de vales-transportes para os usuários; as equipes incompletas e mínimas; a inadequação dos espaços destinados para atendimento individual e grupal; a escassez de recursos para viabilização de oficinas; a insuficiência de material básico

de escritório; a obsolescência dos meios de comunicação e de processamento de dados disponibilizados e a baixa cobertura de CAPS.

Diversos motivos podem ser elencados no intuito de melhor compreender tal dificuldade, porém o que se percebe diante das falas dos entrevistados é a falta de condições para exercer suas atribuições, não apenas no sentido financeiro, mas também no que se refere a um investimento político-ideológico por parte da gestão, o qual facilitaria a propagação e execução das mesmas, conforme se observa nos comentários abaixo.

“Eu acho que se promete demais e se faz de menos né, infelizmente” (P1)

“A gente tá no “Plano crack” aqui em Fortaleza, mas eficiência nisso eu não percebo até agora, né?! Dizer assim: ah, você percebe uma modificação de quando começou a Plano crack para agora? Eu não percebo... Mas eu não tive um aumento da minha demanda pelo início do programa isso eu não percebi aqui dentro não... e o que eu percebo é que a gente não consegue dar conta, isso pra mim é muito claro porque eles não ficam, se eles não ficam é porque alguma coisa não os atrai, a droga é mais forte do que as nossas, as nossas estratégias.” (C2)

“Eu acho que eles não chegavam nem a ir para o serviço, (adolescentes) ... mas eu vejo que está muito distante da realidade os nossos discursos de profissionais de saúde, as políticas públicas, esses discursos a meu ver claramente não atingem os adolescentes, por exemplo.” (P8)

“O que realmente tem se investido nesses adolescentes, nessas crianças é pouco (...) Então assim, acho que precisa de mais investimento financeiro, de uma preocupação ..”(C2)

A pesquisa identificou que, para que a política vigente seja executada é necessário que os gestores trabalhem para torna-la concreta, apoiando e realizando investimentos que possibilitem condições mínimas para se executarem as ações previstas na letra da lei.

Vasconcelos (2010) aponta que o cenário mundial está marcado pela crise da política de bem estar social, a qual, em decorrência do avanço e da hegemonia das políticas de cunho neoliberal, aumenta os desafios na luta pela implementação dos fundamentos teóricos e ético-políticos dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, são significativas as dificuldades de expansão de serviços e direitos como SUS, SUAS e ECA que, premidos por valores marcadamente capitalistas, exemplificam o subfinanciamento de políticas sociais e a precarização de direitos. Na mesma ordem de ideias, a mídia, instrumentalizada pelo complexo médico-industrial, veicula apelos sensacionalistas e continuamente segue realizando denúncias de negligência, má assistência, ineficácia e baixa resolubilidade dos serviços públicos (VASCONCELOS, 2010).

No que se refere às estratégias de cuidado, o governo federal lançou em dezembro de 2011, o plano “Crack, é possível vencer”. A iniciativa é uma ação integrada de diversos Ministérios, coordenados pelo Ministério da Justiça, que objetiva organizar uma ampla frente de enfrentamento ao uso da substância por meio de diversas e diferenciadas ações.

O plano, destinado a pessoas das mais diferentes áreas (educadores, operadores do direito, profissionais da saúde e da assistência social, lideranças religiosas e comunitárias, dentre outras), contou com investimentos da monta de 4 bilhões de reais e tem suas ações divididas em três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. (BRASIL, 2012)

O primeiro eixo, dirigido à prevenção, tem por objetivo esclarecer a sociedade sobre a substância, mediante capacitação dos diversos profissionais que atuam na rede social de apoio. Na prática, um exemplo disso foi a implantação dos Centros Regionais de Referência (CRR), os quais estão vinculados a instituições de ensino e visam promover a educação permanente dos profissionais que atuam em vários pontos da rede, como a assistência social, a saúde, a segurança pública e o judiciário.

O segundo eixo, denominado cuidado, dedica-se diretamente ao usuário e objetiva a estruturação da rede assistencial, bem como a qualificação dos serviços de saúde, prevendo ampliação de equipamentos como consultórios de rua, os CAPS-ad III, que funcionam 24h, e as unidades de acolhimento.

O último eixo, denominado autoridade, visa fortalecer as ações de repressão ao tráfico, engrossando a vigilância nas fronteiras do país, intensificando ações de inteligência e reforçando o contingente de policiais, que passariam a atuar ostensivamente na vigilância de locais de uso e venda, inclusive com instalação de câmeras de monitoramento nestes locais.

Andrade (2011) reflete sobre a estratégia emergencial do Plano Crack no enfrentamento ao consumo de crack no país, bem como sobre os dispositivos da atual política brasileira sobre drogas, suas limitações vinculadas, e sobre a fragilidade da Estratégia Saúde da Família e os efeitos da repressão em nome do combate ao tráfico, tendo como pano de fundo a marginalização e a exclusão social dos usuários.

Este estudo comprova tal fragilidade, uma vez que a Estratégia Saúde da Família sequer foi apontada pelos informantes como um possível local de abordagem destes adolescentes, apesar de estar incorporada no escopo da RAPS como principal ordenadora da atenção em saúde.

Para o autor, o uso de crack atinge numa proporção maior a população que possui vulnerabilidade social e carências no campo da saúde, educação e segurança pública,

sobretudo aquelas pessoas que vivem nas periferias das cidades de grande e de médio porte. Faz-se necessária, portanto, a criação de uma política de Estado que integre a atenção a todas estas deficiências como um elemento importante na resolução do problema.

Ao que parece, contudo, a ideia do plano decorre de motivos por assim dizer menos nobres, como no uso das campanhas eleitorais dos últimos anos, em nível federal, estadual e municipal, as quais privilegiam um discurso alarmista e pouco responsável. Sendo certo que a questão do crack tem se apresentado no correr dos últimos anos como tema de debates e preocupação do corpo social, levantar a bandeira de “combate” mediante medidas unicamente repressivas e punitivas como solução ao seu uso é, sem qualquer dúvida, algo que vai ao encontro dos anseios de muitos eleitores sem maiores informações.

Na prática, a perspectiva utilizada na execução do plano pouco vem privilegiando aspectos globais da questão, como o aspecto sociocultural envolvido, apesar de preconizar estratégias que contemplam o ideal das ações intersetoriais, convergindo assim os discursos apresentados abaixo, demonstrando o distanciamento significativo daquilo que se propõe na teoria e o árduo cotidiano das práticas dos serviços, e que sua implementação em pouco ou quase nada alterou a sua rotina:

“É como se o adolescente que usa o crack ele não procura o serviço pq ele não vê efetividade dos direitos dele, tá entendendo? Assim, o acesso tem. Ele pode vir, mas ele não vem. (...) Eu acharia que é interessante nós irmos até ele e não eles vir até nós. Tu tá entendendo? E eu acho que seria, que a gente evitaria muitos problemas, evitar... seria.. o acesso melhor seria esse. Eu ir até o adolescente. Eu ir onde ele está.” (P5)

“Mas eu acho que as equipes de saúde mental elas deveriam estar na comunidade, elas deveriam estar nas escolas, em parcerias nos CRAs, parcerias que eu falo reais, não essas fictícias, porque isso é ficção, eu ligar para o CRAs e perguntar se lá tem um núcleo para eu encaminhar o menino para lá, isso é ficção, não existe, não é um rede, entendeu?” (P6)

Nesse contexto apresentam-se inegáveis dificuldades estruturais das equipes de trabalho para lidar com uma questão tão complexa quanto a da assistência aos usuários de crack, servindo de mote para campanhas contrárias à Reforma Psiquiátrica.

Percebe-se claramente na fala dos profissionais a necessidade de mudanças nas estratégias de atuação, que inclusive já se encontram previstas e amparadas pela legislação; entretanto, o que é sabido e assegurado não é passível de ser realizado na realidade concreta dos fatos.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira milita no sentido de legitimar uma profunda mudança no modelo assistencial, tirando os hospitais psiquiátricos do centro do

modelo, o qual deverá ter como foco privilegiado a comunidade. Para tanto, os CAPS assumem papel de destaque, uma vez que, além de ordenar o cuidado, devem articular-se com os demais dispositivos da rede, utilizando de maneira imperiosa e eficaz os conceitos de território e rede, da lógica da redução de danos, e priorizando a prática de ações que vislumbrem uma integração com o meio cultural e com a comunidade na qual estão inseridos. (BRASIL, 2005).

Soma-se a isto, a necessidade de investimentos para que se possa chegar até esses adolescentes, como a ampliação da rede, implementação dos equipamentos previstos para a RAPS, como os consultórios de rua, os CAPS-III e as casas de acolhimento transitório, as chamadas Unidades de Acolhimento.

Um dos movimentos que marcam o afastamento do modelo biomédico em direção a um cuidado integral é a abordagem de redução de danos, preconizada como estratégia na Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas. Contudo, é em 2005 que surge como política pública, mediante a Portaria do Ministério da Saúde de nº 1028 de 2005, que a regulamenta, propondo uma nova perspectiva de agir em saúde, na qual o indivíduo é reconhecido em sua singularidade e em sua autonomia para fazer escolhas, tendo sua cidadania estimulada e suas práticas e valores respeitados. Preconiza que suas ações devem ocorrer em todo e qualquer espaço de interesse público, encontrando-se alinhada com a promoção dos direitos humanos e objetivando a assistência integral do usuário.

Nesse sentido, e na perspectiva de evolução e consolidação das políticas para atender às verdadeiras necessidades de saúde da população, surgem ideias de equipamentos como os consultórios de rua, os quais se propõem a estar nas cenas de uso para uma abordagem inicial, visando, dentre outras estratégias, a criação de vínculo, na perspectiva de minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Este tipo de atuação é vista e reconhecida pelos profissionais como adequada para se abordar os adolescentes usuários de crack dadas suas características de flexibilidade nas intervenções nos *loci* e por sua versatilidade, uma vez que não se limitam a um ponto de atuação, sendo, portanto, itinerantes.

“Essa história do consultório de rua é uma história maravilhosa, mas eu preciso dar mais ênfase nisso, por que de repente não tá acontecendo porque eles não sabem pra onde ir.” (P9)

Alguns meninos da abordagem de rua meses depois, tempos depois, vem um menino, já aconteceu disso, vir direto aqui dizer que não tava legal, que tava querendo sair que sabia que aqui a gente ajudava porque já tinha encontrado na

abordagem de rua e veio pedir ajuda. Isso já aconteceu pouco, mas já aconteceu é um formato de entrada que já se deu (C3)

“Pra chegar neles eu acho só se fosse realmente um trabalho comunitário e de pessoas que conhecessem muito a região e que tivesse essa liberdade ne?” (P7)

Convém destacar que tal estratégia ainda possui um formato muito tímido, carecendo ser fortalecido em termos de políticas públicas locais, dado seu potencial para atender especificamente esse segmento. Fruto de um cenário de precarização das políticas públicas, o município atualmente conta com apenas uma equipe de CR em atividade, realizando abordagem em cenas de uso e atendendo a demandas outras, que não aquelas preconizadas pela portaria que o regulamenta.

Os consultórios de rua surgiram como projetos que deveriam ser submetidos a edital de seleção lançado pelo Ministério da Saúde. Mediante portaria do respectivo ministério de nº 122/2011, os equipamentos receberam nova denominação e novas diretrizes de funcionamento. Passaram a ser identificados como consultórios na rua, agora atrelados à Atenção Primária, visando suporte integral às pessoas em situação de rua e não apenas em casos relativos à saúde mental.

A proposta é promover a flexibilidade exigida das equipes para atuar nos territórios, colocando-se mais próximos dos usuários e dos pontos de articulação, fazendo uma saúde que não esteja unicamente centrada nos remédios, procedimentos e diagnósticos, mas uma verdadeira saúde integral e comunitária, respeitando os desejos e limites dos usuários, ofertando novas possibilidades e vinculando com os mesmos para que estes saibam a quem recorrer no momento em que precisarem de ajuda ou julgarem necessário um acompanhamento.

Na prática, as conexões com território revelam-se bastante complexas, conforme se observa nos discursos, pois precisam originar mecanismos os quais rompam as barreiras de segregação construídas ao longo do tempo. Esse parece ser o grande desafio: dispositivos que produzam agenciamentos no território e não institucionalizem o cuidado.

“Na teoria eu poderia falar de uma rede muito bonita, muito articulada, escola, equipamentos de cultura, de lazer, o CAPS no meio de tudo isso, a atenção primária, mas na teoria. Na prática são as comunidades terapêuticas e os abrigos e aí quais seriam as influências dessa rede?” (P8).

De acordo com Polleti (2008), ao se transpor a membrana do CAPS para formular as parcerias entre os serviços do SUS, o que se pretende é a resolução dos problemas complexos no meio social. É interagindo e mantendo um diálogo com a rede que se pode

transformar a infeliz e dura realidade. Os pontos de conexão são derivados de uma aproximação e trabalho em conjunto com diversas instituições e serviços de vários setores da sociedade em torno de um objetivo comum. O que não ocorre nos pontos da rede pesquisada, conforme as narrativas dos profissionais:

“Eles saem logo da escola e o CAPS e a saúde mental não acessam, a assistência também não consegue acessar e a educação também não. Então eu acho que há uma potência, mas essa potência, essa rede, precisa ser muito bem costurada.” (P6)

“Existe e não existe, por que muitas vezes o que acontece é um jogando a responsabilidade pro outro. Ou barrando o trabalho do outro. Muitas vezes a gente encaminha uma pessoa porque não tem psiquiatra aqui pro hospital mental e eles mandam de volta porque já é atendido pelo CAPS, então a obrigação de atendimento médico é do CAPS. E a gente não tendo médico como é que se faz?” (P1)

“Assim a gente pouco conhece essas casas, associações e tudo que ajudam e que investem nessas crianças” (C2).

Os relatos indicam uma importante dificuldade de articulação com os demais pontos da rede, em que muitas vezes o usuário, por não conseguir transitar, acaba se perdendo, muito embora não se perceba nos relatos que faltem informações ou conhecimento acerca da importância do trabalho de uma rede articulada, por parte dos profissionais.

Sobre este aspecto o que se pode detectar é que, de uma maneira geral, os profissionais lamentam a impossibilidade de realizar essa articulação, destacando inclusive os prejuízos oriundos deste isolamento do serviço em relação à rede. Dentre eles, pode-se citar a descontinuidade do cuidado, haja vista que o usuário se perde nessa rede fragmentada, restando comprometido o andamento e o acompanhamento do seu tratamento.

Repise-se aqui o importante papel estratégico dos CAPS na organização e articulação das redes, no tocante à saúde mental e ao enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas. Destaque-se, ademais, a existência de uma percepção equivocada acerca dos CAPS-ad, como se estes constituíssem o único recurso de atenção aos usuários de crack. Esse tipo de crença pode acabar contribuindo para a existência de barreiras de acesso para os usuários. Assim torna-se indispensável o diálogo contínuo e a articulação não só dos serviços de saúde mental, mas dos diferentes dispositivos, de forma a garantir caráter intersetorial das abordagens na construção desta rede de cuidado (BRASIL, 2010).

O estudo de Albuquerque (2013) assinala que o acesso dos usuários de drogas aos serviços de saúde no Brasil ainda é, de uma maneira geral, muito pautado pelas fragilidades dos profissionais da saúde em acolher esta demanda, havendo uma tendência à centralização do tratamento nos CAPS-ad.

Desta maneira, os fluxos de acesso aos serviços de saúde tornam-se limitados, posto que os demais serviços não se reconhecem como corresponsáveis pela atenção a esse usuário, direcionando-os a apenas um serviço específico, a despeito de este indivíduo possuir outras demandas de saúde que poderiam ser supridas em diferentes locais de cuidado.

Dentre as fragilidades enfrentadas destacam-se as dificuldades de pessoal, uma vez que não se trabalha com um quantitativo adequado para o exercício de todas as funções previstas, como por exemplo, as funções de assistência e as funções de articulação institucional, o que impossibilita a saída desse profissional das atividades que garantem e mantêm o funcionamento do serviço, no sentido de acolher as pessoas que ali chegam em busca por cuidados.

Esta fixação dentro do serviço ocasiona uma falta de comunicação com os outros pontos de atenção e obstaculiza o movimento de busca pelo serviço, seja por parte dos usuários, seja pelos demais componentes da rede. Nessa ordem de ideias, os discursos apontam que os profissionais reconhecem a necessidade de trabalhar no território, direcionando suas ações de acordo com o que está proposto por lei, entretanto, a falta de recursos e a escassez de pessoal inviabiliza tais ações e sobrecarrega os profissionais, que não conseguem atender as demandas dos adolescentes.

“Não tem profissional suficiente pra ficar, na unidade aqui pra poder receber quem chega, né? Porque se eu sair, quem vai ficar? Não tem. Não tem...a quantidade de profissionais é insuficiente. Não tem transporte disponível, porque o transporte... no caso, nós temos dias e horários específicos, porque o carro daqui é compartilhado com outros serviços, tá entendendo?” (P5)

É necessário propiciar condições para que essa articulação aconteça no território no qual o serviço está inserido, mediante promoção de atividades de base comunitária diversificadas, visando colocar as equipes de saúde mais próximas dos adolescentes, mobilizando o potencial existente na comunidade para atividades que despertem seu interesse e sua curiosidade, no sentido de seduzi-los, formar vínculos e estabelecer um processo terapêutico adequado a cada realidade.

Desta forma, a pesquisa também chama atenção para a maneira pela qual a rede de atenção psicossocial se articula e se organiza, dentro das possibilidades existentes, ou mesmo na falta destas, para atender os adolescentes.

Os estudos de Wandekoke e Siqueira (2013) afirmam que geralmente há pouca motivação por parte dos usuários de crack para realizar o tratamento, uma vez que a urgência pela droga pode prevalecer sobre as necessidades de saúde.

Ademais os autores reforçam ser indispensável a articulação das diversas redes para o sucesso do enfrentamento ao uso da droga, já que o indivíduo a ser atendido não traz consigo apenas essa demanda, mas diversas outras tão ou mais latentes.

Essa função de articulação, todavia, exige também uma mudança de mentalidade e de postura dos profissionais, a qual inevitavelmente precisará transpor os muros dos serviços para ir ao encontro dos usuários, a fim de realizar a abordagem necessária, seja de sensibilização, educativa ou mesmo terapêutica.

De acordo com a definição de Barbosa *et al.* (2000) a palavra rede origina-se do latim *rete* que significa “entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, com aberturas regulares fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido, teia”. O conceito de redes sociais inclui todas as experiências vivenciadas pelo indivíduo: família, trabalho, escola, amigos, comunidade e toda sua ação no meio onde vive. A rede social é composta pelas pessoas individualmente e pelos grupos (família, trabalho, escola, religião etc.) que vão se formando no cotidiano das relações, a partir da colaboração entre seus membros ao longo do tempo.

Na perspectiva dos serviços destinados aos segmentos de maior vulnerabilidade e risco social, o significado de rede refere-se a uma construção coletiva realizada em seu fazer diário, mediante ações de articulação, geração de vínculo e promoção de relações horizontais entre os serviços envolvidos, de forma a garantir a integralidade do atendimento prestado pelos mesmos (Duarte, 2004).

De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2004), o trabalho em rede proporciona uma integração do pensar em saúde, pois consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto clínico coletivo. Seria um sistema representado nuclearmente por uma rede de cuidados com múltiplas dimensões entre os diferentes subsistemas, relacionando a clínica e a gestão às representações e valores coletivos.

“Eu vejo que a rede existe, a rede está posta, mas existe muito ainda essa dificuldade de articulação, de comunicação. Então acho que é por isso, que muitas vezes, os projetos não têm uma... continuidade, eu acho que acaba interferindo muito. o serviço ele precisa ser melhor divulgado na comunidade,... então eu vejo que precisa haver mais essa divulgação do serviço, não só pelas outras instituições, mas pelos próprios profissionais que eles tenham também esse interesse de fazer essas atividades fora. É uma parceira também da gente tá tentando articular. muitas vezes também não existe uma credibilidade de outros profissionais da saúde ao nosso serviço, eu tenho o exemplo de vários agentes de saúde que desconhece que existe na nossa Regional, desconhece que existe um serviço ou que não acredita no serviço porque se o CAPS não interna ele serve pra quê?” (C1).

“Eu acho que elas ocorrem de forma extremamente fragmentada. Muita fragmentada. Eu acho que são, na maioria das vezes, acontecem como atitudes isoladas de instituições, onde eu vejo um grande nó... O problema é que essas redes não se comunicam. Essas redes tem muita dificuldade na articulação” (P8).

Desta feita, ganha destaque a questão da comunicação na fala dos entrevistados os quais referem a necessidade do serviço ser [re]conhecido na comunidade, e que esse papel de divulgação deve ser feito pelos próprios profissionais da Saúde Mental e não apenas de forma institucionalizada. Revelam, ainda, que o serviço é pouco conhecido na própria Regional de atuação e que em alguns casos, apesar de conhecido, é desacreditado, gerando impacto ainda mais preocupante.

Cabe consignar que a comunicação refere-se ao processo que faz circular a informação, facilitando o processo de apropriação de bens simbólicos como saberes, crenças, políticas e orientações. Desta forma, o impacto de uma política pública pode ser medido pelo modo como a população dela se apropria, desvelando a existência de fragilidades do processo de comunicação que as viabilizam. (ARAÚJO E CARDOSO, 2005).

Essas concepções equivocadas por parte da população e dos demais pontos de atenção da rede acerca dos serviços existentes para o tratamento relacionado ao uso de drogas revela-se uma importante barreira ao acesso dos mesmos, como se pode observar no capítulo anterior, sobre as concepções dos adolescentes acerca dos CAPS. A falta de informação adequada dificulta – ou mesmo inviabiliza – a identificação destes jovens com o serviço, trazendo distorções atinentes à autoimagem e às expectativas quanto à escolha de um serviço por ocasião da busca por tratamento.

Nesse viés, a pesquisa identificou que a falta de articulação e comunicação entre a equipe e a rede de apoio auxilia no desconhecimento por parte dos adolescentes acerca da existência do serviço e ao que o mesmo se propõe em termos terapêuticos, exigindo desta forma que estes serviços ajam de maneira mais proativa, não se limitando suas ações aos muros dos CAPS, “desencapsulando-se” e lançando-se nos territórios onde estes jovens vivem, socializam-se e estabelecem suas relações.

Destarte, para que os serviços se façam conhecidos e legítimos diante da comunidade e dos outros pontos de apoio da rede, é indispensável que os seus membros ocupem os espaços comunitários, divulgando suas atividades, endereço, horário de funcionamento, e, sobretudo, divulguem suas propostas terapêuticas, ensinando as formas de encaminhamento, realizando atividades de educação em saúde e fomentando o trabalho em rede.

De acordo com diversos autores, entre os quais Alves (2009); Jinez; Souza; Pillon (2009); Díaz Heredia; Marziale (2010), as ações intersetoriais e interdisciplinares são requisitos essenciais para um aumento da resolutividade da atenção no âmbito da dependência química e promoção da saúde da população no Brasil e no mundo.

Nesse sentido, as abordagens não devem se limitar ao modelo biomédico de cura, o qual orienta o processo de trabalho pelo modelo prescritivo baseado na queixa-conduta. Em consonância com essa pesquisa, Lacerda e Valla (2004) criticam o modelo biomédico, já que este prioriza o aspecto técnico do processo, em detrimento do aspecto humano, afastando-se do sujeito que adoece e sofre. Essa lógica dificulta o acesso na medida em que o acolhimento e a criação de vínculos não são estimulados.

Assim, as práticas profissionais com adolescentes usuários de crack são importantes para o redirecionamento do acesso, uma vez que permitem melhor identificar não apenas as demandas explícitas, mas também as demais necessidades de saúde, tão latentes quanto o enfrentamento ao uso da substância.

Logo, é fundamental para os serviços de saúde o trabalho em conjunto com os usuários numa perspectiva de reduzir as exigências para realização do tratamento, abrindo-se mão de critérios e pré-requisitos que quase sempre representam mais uma ordem moral do que técnica, servindo de fator importante para distanciar o usuário.

Desta forma, a pesquisa observou de maneira quase inequívoca que muitas das dificuldades na efetivação da política vigente repousam sobre questões econômicas, as quais promovem consequências organizacionais importantes na estruturação e articulação dos serviços com a rede social de apoio, conforme os discursos abaixo:

“Mas assim, que a gente saia daqui pra visitar essas outras instituições e facilitar esse movimento, infelizmente a gente tem um corpo de profissionais que é muito enxuto né, e cada vez tá ficando mais. E a gente às vezes não tem nem como suprir as necessidades daqui do serviço, avali pra conseguir fazer esse movimento. E aí a gente faz essa tentativa, mas subsídios mesmo pra isso, não tem muito.” (P1)

“Como eu disse até por que a gente não tem essa facilitação de ir procurar, até por déficit mesmo de pessoal e de carga horária também. Por exemplo, a maioria das pessoas que trabalha aqui de nível superior são vinte horas e não dá conta da demanda que tá chegando aqui.” (P2)

“Até mesmo os próprios CAPS, existe essa dificuldade do profissional sair do seu território e visitar outros territórios. Então, eu vejo que a rede existe, a rede está posta, mas existe muito ainda essa dificuldade de articulação, de comunicação... E o que eu acho que dificulta, nós temos hoje uma equipe que ela é fragmentada tem um profissional que ele só trabalha 20 horas, eu tenho uma equipe muito reduzida, então eu preciso de uma estrutura.” (C1)

Percebe-se claramente que a busca por serviço está diretamente relacionada ao modo como a oferta de serviço é organizada diante da rede existente para atender a demanda de necessidades de saúde de uma determinada população, conforme defende Assis (2014).

Assim, os CAPS não estariam se conectando adequadamente com o restante da rede, nem se fazendo conhecer ou conhecendo os demais pontos de atenção, inviabilizando-se desta forma a realização de um trabalho intersetorial, que possibilite o fluxo e o acompanhamento dos usuários dentro desta malha de serviços que deveriam se complementar, promovendo o acesso à atenção integral aos seus usuários.

Destaca-se, porém, que tal articulação não pode ocorrer sem que haja um contingente mínimo de profissionais, os quais possam se dividir entre as ações de assistência, garantindo o funcionamento do serviço e dando conta da demanda que busca o serviço, mas atuando também em outro tipo de frente a qual se lança nos territórios em busca de parcerias, sejam com instituições, sejam com usuários, fazendo uma saúde diferenciada, fora dos muros do serviço, atendendo o usuário onde quer que ele esteja.

Estar próximo dos adolescentes e conhecer sua realidade seria o primeiro passo para se pensar uma estratégia de cuidado singular direcionada a este segmento. Santos *et al.* (2014) reforçam essa ideia quando referem que a demanda de procura pelos serviços de saúde é influenciada tanto pelo que o serviço disponibiliza, divulga, quanto pelas representações que os mesmos constroem acerca dos serviços ofertados.

Dessa forma, para a divulgação dos serviços, a comunicação da rede é fundamental, e funciona para fomentar o movimento de aproximação dos serviços com os usuários, redefinindo as representações equivocadas que possam existir em torno do serviço ou mesmo ofertando conhecimento para que de fato possuam condições de fazer uma escolha por atendimento na ocasião da busca por tratamento.

Por mais que estes serviços tentem facilitar o acesso dos usuários mediante acolhimento da demanda espontânea, isso tem se mostrado insuficiente. A especificidade dessa clientela exige que os serviços, através dos seus técnicos, lancem mão de outras possibilidades terapêuticas, conforme preconiza a redução de danos: ampliar o leque de ofertas; tornar-se atrativo, conhecido, oferecer atividades de promoção da saúde, de arte, lazer e cultura, possibilidades de reinserção social mediante atividades produtivas no mercado de trabalho, bem como possibilitar o retorno à escola e muitas vezes à família.

Desta feita, ficaram evidentes as limitações organizacionais, com as quais os profissionais se deparam no sentido de dar respostas aos usuários no que concerne às suas necessidades de saúde, bem como de mostrar-se resolutivo diante das mesmas.

Os relatos que se seguem sugerem inclusive uma limitação de ordem administrativa do serviço de saúde no que se refere aos aspectos burocráticos para sistematizar fluxos e procedimentos, bem como no manejo e administração de pessoal, mesclando-se com aspectos técnicos das equipes, nos quais se pode detectar a fragilidade enfrentada pelos serviços em termos de pessoal, para dar conta de uma questão tão complexa e multifacetada como o uso de drogas por adolescentes.

“... Em 2012 eu perdi uma parte dessa equipe, em 2013 eu recebi uma equipe que não tinha nenhuma experiência na área de saúde mental... Então, assim, quando eu sei que eu enquanto usuária, estou sendo “acompanhada há tanto tempo na psicoterapia eu já criei um vínculo, né?! isso está sendo importante pro meu processo terapêutico e essa pessoa sai, eu sei que nada é pra sempre, mas a questão dessa... dessa instabilidade, dessa precariedade dos contratos de trabalho isso prejudica e muito o profissional e também prejudica a sua prática, então a prática não é mais a mesma ... até mesmo essas atividades que deveriam ser corriqueiras, normais dentro de um serviço como o nosso, elas vão ficando fragilizadas pela fragilidade que os profissionais hoje se encontram”(C1)

“Os nossos terapeutas vão embora porque os vínculos são precários, eles ficam no máximo dois anos ai existem as quebras e ai começa tudo de novo e os meninos somem, as pessoas não se interessam pelos mesmos casos não querem as mesmas coisas não tem treinamento, começa tudo de novo até que elas entendam sobre drogas e ai enfim, né?!” (C3)

“Sempre vêm aquelas desmotivações que a gente até hoje ainda não teve um concurso público voltado, principalmente, tirando o da atenção básica, pros CAPS.” (C1)

Pode-se perceber uma clara interface entre as esferas política e econômico-social, uma vez que o reduzido quadro de profissionais nos serviços, aliado à precarização dos vínculos empregatícios, fragiliza o empoderamento, a mobilização e a militância destes, no sentido de assegurar seus direitos, estimular o exercício da cidadania dos usuários, bem como a implementação da política de atenção psicossocial, uma vez que estes estão mais preocupados com suas condições de sobrevivência e manutenção da sua atividade produtiva.

Os discursos dos profissionais denotam que o seu cotidiano de trabalho é permanentemente atravessado por incertezas quanto a sua permanência no emprego, o que gera angústia e interfere na construção de vínculos com os usuários.

“Acontece que nesse cenário de precarização que a gente vive na saúde mental, o profissional foi embora. Aí o que aconteceu? Ninguém atende aqui, os meninos ficaram, os grupos acabaram e não tinha ninguém para atender. Fragilizou o cuidado que já era bem frágil”(P8).

“O CAPS tá num processo que entram profissionais, aí passa 2 anos da seleção, aí depois vão embora, aí entram mais, passam mais 2 anos. Então tá uma coisa tão assim, que as pessoas elas não conhecem mais tanto o paciente, tipo vem pra trabalhar, faz o teu trabalho passa 2 anos, acaba o contrato e vai embora. Então elas não estão conhecendo tanto o paciente pra ver a progressão” (P2).

Considera-se o trabalho um importante produtor de sentido na vida dos indivíduos. Porém, quando não há espaço para sugerir formas menos desgastantes de produção, este pode tornar-se num espaço de sofrimento, desgaste e adoecimento, os quais reverberam para além do indivíduo que adocece.

Lutar por melhores condições de trabalho, além de um exercício ético, é também uma possibilidade de avaliação permanente das práticas e dos efeitos destas no cotidiano dos envolvidos neste processo, tornando-se, portanto, elemento fundamental para a criação de novos modos de atuação (BRASIL, 2008; 2011).

Nesse sentido, as instituições devem estar atentas não somente à prestação de serviço à comunidade, mas também preocupar-se com os sujeitos que nelas trabalham, proporcionando-lhes espaços de valorização do potencial inventivo, uma vez que estes também são gestores e produtores de saberes na rotina diária dos serviços.

Para que se possa promover transformações na saúde mental faz-se necessário superar diversos desafios que dizem respeito à relação dos profissionais com as instituições, abrangendo aspectos como questões salariais, condições de trabalho e falta de capacitação (DIMENSTEIN, 2006)

Destarte, os serviços de saúde mental enfrentam um grande desafio na complexidade dos processos que se colocam para as equipes e na necessidade de articulação dos diversos atores envolvidos na produção do cuidado.

Tais desafios tornam-se ainda maiores quando se impõe a realidade de precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho, impactando nos resultados dos processos terapêuticos, uma vez que estes exigem condições mínimas para se concretizarem.

Importante sublinhar que além dos vínculos trabalhistas existem outras formas de precarização do trabalho; número reduzido de profissionais, insuficiência de insumos para realização das atividades, escassos recursos em qualificação profissional etc. (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007).

Pode-se inferir que os aspectos organizacionais que impactam no acesso dos usuários estão marcados por questões referentes às dimensões técnicas e financeiras, com as quais se mesclam, não sendo possível uma análise purista e fragmentada da dimensão

organizacional. É possível, portanto, concluir o estabelecimento de uma clara interface entre as condições precárias de trabalho e a resolutividade do serviço, não sendo possível pretender uma melhoria desta última sem que haja intervenções visando minimizar os efeitos deletérios da primeira.

Ainda acerca da perspectiva econômica, Giovanela e Fleury (1996) destacam a relação que se estabelece entre a oferta de serviços e a demanda dos usuários, oferta essa em que se relacionam às questões de disponibilidade do serviço que se estende da cobertura populacional ao tipo e condições de serviço oferecido, enquanto o termo demanda diz respeito ao movimento de busca pelos serviços realizados pelos usuários.

É importante ressaltar que nesta pesquisa tal aspecto não ganhou visibilidade nos relatos dos entrevistados, apesar de a cobertura não seguir o que a “Área Técnica de Saúde Mental Álcool e outras Drogas” preconiza como suficientemente capaz de ofertar à população uma resposta efetiva, qual seja, a relação de um CAPS, seja ele para ad ou infantil, para cada grupo de cem mil habitantes.

De todo modo, observou-se que no município de Fortaleza, as regionais IV e VI possuem, respectivamente, uma população estimada de 305 e 600 mil habitantes, e um CAPS-ad de referência para cada Regional, além de ambos compartilharem o mesmo CAPS-i, o que representa um CAPS-i para aproximadamente 905 mil habitantes. (FORTALEZA, 2010).

De acordo com os discursos analisados, os investimentos realizados na saúde mental têm se mostrado insuficientes para atender as necessidades atuais, comprometendo profundamente a execução da política vigente. A falta de recursos torna-se um entrave para os profissionais que estão “na ponta” dos serviços, tentando operacionalizá-la sistematicamente, uma vez que se depara com circunstâncias nas quais não se dispõe de recursos mínimos para executar aquilo que está previsto na legislação, para além da mera competência técnica.

Partindo de tal perspectiva, a pesquisa observou que problemas importantes na estruturação e articulação dos serviços com a rede social de apoio estão umbilicalmente relacionados aos baixos investimentos públicos no serviço, ensejando o que vários dos entrevistados relataram como sua precarização.

Ademais, precisa-se ainda fugir dessa perspectiva moralista e da cobrança dos profissionais em acreditar que são responsáveis pelo consumo ou abstinência dos usuários para se mostrarem efetivos tecnicamente. Precisa-se, antes de tudo, compreender que os profissionais de saúde não são “onipotentes” e começar a aceitar tal realidade, dedicando-se a

fazer o que é possível, e nesse caso quem define “o possível” é o usuário. Ao profissional cabe permanecer por perto a fim de prevenir ou minimizar os eventuais danos decorrentes deste uso.

7 O MODELO PROIBICIONISTA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ASPECTO SIMBÓLICO DO ACESSO

Este capítulo tem por objetivo discutir a dimensão simbólica do acesso dos adolescentes usuários de crack, partindo das percepções dos sujeitos entrevistados acerca das questões referentes às necessidades de saúde, especificidades dos serviços ofertados, bem como a existência de estigmas reproduzidos pelas sociedades em geral e também por parte dos profissionais, muito sedimentado pelo discurso de guerra às drogas.

O aspecto simbólico aqui retratado contempla o campo da subjetividade dos entrevistados, perpassando por aspectos como a cultura, valores, crenças, bem como as suas compreensões acerca do processo saúde-doença (ASSIS; JESUS, 2012), e seus desdobramentos em relação ao acesso dos adolescentes usuários de crack.

Após seguir as indicações dos informantes-chave e finalmente conseguir chegar até os adolescentes, constatou-se que em muitos casos a procura pelos serviços se dava por demandas alheias ao uso de crack. Percebeu-se que muitos estavam à procura de abrigo, de proteção após sofrer ameaças de traficantes ou policiais e até mesmo existia quem ali estivesse em busca de garantir direitos fundamentais como educação e moradia.

Tal fato desvela a situação complexa na qual esses adolescentes estão inseridos, marcada severamente por diferentes situações de privação e violação dos direitos, na qual os problemas com os quais se defrontam em seus cotidianos avançam para muito além do uso de crack e outras drogas.

Ou seja, mais uma vez observa-se que a chegada às instituições não se dá em virtude de uma demanda do usuário por um tratamento específico por conta do uso de drogas. Nos casos em que não advém da participação de um terceiro, o usuário que toma a iniciativa de partir em busca de auxílio por conta própria, o faz em decorrência de demandas de outra ordem e nesse caso o serviço de escolha são os abrigos ou congêneres. É o que pode ser visto abaixo, literalmente:

“Eu tava com medo, né, de acontecer alguma coisa comigo e ela não gosta, né. Então eu fui e pedi logo a internação no... ele veio me ameaçar no sábado, aí no domingo eu fui” (A24)

“Os homem invadiram lá, deram um tiro aqui na minha mão, ai né, só que ela tá grávida ai ela tava passando mal. Aí a única opção era vir pra cá, por que eu não ia pedir nada a minha família, por que eu nunca pedi. Aí ela (namorada) pediu né, vamo lá pro albergue, albergue é outro abrigo tia., é melhor por que aqui a gente pode arrumar emprego, pode tirar meus documento, por que eu não tenho nenhum documento não tia, eu joguei tudim no mato. ... Por ela que eu tô aqui” (A10)

“Eu fui quando eu parti a minha cabeça, que foi quando brigaram comigo. Uma pisa que eu levei. De um homem. Porque eu roubei o caboco. Roubei mil reais. Aí ele descobriu que tinha sido eu, foi lá em casa e me deu uma surra. Dá pra ver até a cicatriz (vira a cabeça e aponta para o local). A senhora tá vendo? Foi a única vez que eu fui.” (A5)

“Uma vez eu perdi um pacote cheio de cocaína. Foi aonde uns traficante me levaram pra um canto, um ficou com um pedaço de pau na mão e o outro fazendo umas perguntas, dizendo cadê a cocaína... . Aí foi onde eu comecei a procurar as casa de recuperação.” (A20)

“Oura só era sendo ameaçado. (...) por duas mulher réa. Por causa de roubo. Vão lá em casa com arma e tudo as rapariga véa. Qualquer tempo eu vou matar uma delas” (A7)

Os discursos dos adolescentes sinalizam uma realidade oculta e por vezes pouco valorizada por parte dos serviços especializados, qual seja a de que não apenas o uso do crack está umbilicalmente ligado ao contexto de vulnerabilidade e exclusão social mas a busca pelos serviços está fortemente relacionada a isso. Em outras palavras, percebe-se que se é a ausência de direitos básicos e fundamentais que contextualiza o uso do crack, muitas vezes é a busca por esses mesmos direitos que os impele a procurar algum tipo de atendimento.

Este cenário retrata um grave contexto de violação de direitos em que a violência se torna assunto recorrente, manifestando-se em diversas configurações. Destaca-se aqui a violência fruto do envolvimento com atividades ilícitas como o tráfico e o roubo, situações geradas e alimentadas por uma política repressora de guerra às drogas. Tal fenômeno traz consigo a marginalização e a estigmatização dos usuários de drogas, tornando-os pessoas de menor valia para a sociedade, uma vez que são vistos como pessoas violentas e indesejadas, o que dificulta o seu acesso à rede de serviços e cuidados.

O termo “estigma”, segundo Goffman (1963), é uma criação grega para designar sinais corporais que revelavam algo de extraordinário ou mau acerca da condição moral de seu portador. Porém, na Era Cristã, duas outras características foram incorporadas ao termo: uma que sugeria a existência de um componente divino dos portadores destes sinais, e outra que atribuía a estes um caráter médico, como em casos de hanseníase.

Para o autor supracitado podem ser identificados três tipos de estigma: um relacionado às “abominações” do corpo, outro relacionado às falhas de caráter - nas quais se incluem doença mental, cárcere, vício, homossexualidade e o desemprego - e, por fim, aqueles relacionados aos aspectos culturais de raça, nação e religião, os quais podem ser transmitidos a todos os seus membros através da linguagem.

Em qualquer dos casos, o portador do estigma possui um traço que chama atenção dos demais, podendo afastá-lo ou mesmo acabar com as possibilidades de que outras de suas tantas características ganhem qualquer visibilidade.

Nessa perspectiva, tem-se entendido o usuário de crack como um portador de estigma, fazendo com que deixe de ser considerado um cidadão perante a sociedade a qual pertence, inclusive com direitos ameaçados mediante propostas salvacionistas, como é o caso das internações compulsórias. Estas medidas se fundamentam no fato de que este tipo de marca retira do ser humano sua capacidade de autodeterminação, precisando, por consequência, ser protegido de si mesmo, contra sua própria vontade e à custa de perdas importantes de sua condição cidadã.

A resposta que a sociedade dá aos estigmatizados faz com que sejam alvos de discriminações das mais diversas naturezas, sendo a maior delas a descaracterização dessas pessoas enquanto sujeitos de direito, funcionando assim como mais um obstáculo a ser vencido pelos usuários na garantia de seus direitos assegurados constitucionalmente. Não raro sua imagem está associada a figuras depreciativas como a de zumbis.

Além de todas as dificuldades oriundas do contexto de vulnerabilidade anteriormente já mencionadas, o entendimento da sociedade sobre os usuários de drogas é um elemento que dificulta o acesso deste às diversas possibilidades de cuidados e serviços de saúde, conforme podemos constatar nos relatos que seguem:

“Todo mundo vai ver ele entrando no CAPS e todo mundo vai entender que ele é usuário. Ele não quer.” (P5)

“Sem contar também que tem pessoas que tem vergonha de procurar o serviço, né?! porque existe, quando se fala em CAPS seja ele CAPS geral ou de álcool e outras drogas até CAPS infantil ainda tem muita rotulação, né, é o doído, é o drogado, ahhh você se trata ai!! Então, tem a dificuldade mesmo da questão do preconceito, das pessoas virem ao serviço” (C1)

“Assim tem um dado que a gente tem que deixar claro, a grande maioria dos adolescentes quando chegam aqui eles negam o uso de crack, a gente acha que usa, tem uma suspeita do uso, mas eles negam e... a quantidade realmente bem pequena” (C3)

Conforme depoimentos dos profissionais, os adolescentes não querem ser identificados como usuários daquele serviço, devido ao preconceito e rotulação envolvidos, herança de uma longa cultura manicomial e segregadora.

Outra possibilidade elencada pelos profissionais refere-se ao fato de não quererem se identificar como praticantes de um ato ilícito, porque não querem se encaixar

numa ideia socialmente aceita e continuamente repetida: o usuário de drogas acaba por ser um criminoso.

Uma vez identificados como usuários dos CAPS, acabam por também receber uma estigmatização social, ao solicitar um tipo de tratamento negativamente diferenciado, seja pelo diagnóstico em si, seja pela aceitação comum da ideia de que se trata de pessoas criminosas.

Embora a atual política destinada aos usuários de álcool e outras drogas do SUS apresentem como um dos seus objetivos centrais a ampliação do acesso ao tratamento reduzindo a exclusão, esta realidade ainda está longe de ser alcançada. O acesso dos usuários de crack, independentemente do nível de complexidade ao qual ele se reporte, encontra-se comprometido em decorrência de barreiras subjetivas como o estigma e o preconceito, uma vez que os mesmos temem sofrer algum tipo de discriminação ou até vir a ter problemas com a justiça em decorrência do uso de substâncias ilícitas (QUINDERÉ, 2013).

Associado a esse contexto não se pode deixar de mencionar a política de guerra às drogas, que profetiza os malefícios do uso de crack e outras drogas na forma de ameaças, estimulando o medo e oferecendo terreno propício para o fortalecimento da exclusão e do preconceito. Fato que se situa na contramão das propostas do tratamento ofertado pelo SUS e fundamentados nos ideais da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a inclusão social dos usuários mediante o combate ao preconceito e um modelo de cuidado integral (DIAS, 2012).

A expressão “guerra às drogas” nasce nos Estados Unidos da América, durante discurso do presidente Richard Nixon, no qual ele elege o consumo de drogas como o inimigo número um daquele país. Ideologia que rapidamente se propagou pelo restante do planeta, mediante convenções internacionais com vários países signatários, dentre eles o Brasil. Pode-se perceber na nova lei de drogas, Lei 11.343/2006, a clara influência desses tratados internacionais liderados pelos Estados Unidos, principalmente no que diz respeito ao seu caráter repressor (KARAM, 2015).

Ao longo dos anos esta ideologia tem sido frequentemente questionada em seus métodos e resultados, haja vista o crescente consumo de substâncias psicoativas ao redor do mundo, os altos custos envolvidos na manutenção de um aparelho repressor, sem mencionar os gastos do setor saúde em relação às vítimas desta “guerra”, boa parte deles adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

A autora supracitada destaca que a proibição é um fato recente na história da humanidade, muito embora o uso de drogas já estivesse presente desde a Antiguidade,

conforme é possível perceber em relatos atinentes a divindades da Grécia Antiga. Igualmente ocorre já na Era Cristã e no contexto da religião católica, que em seu livro sagrado, a Bíblia, aborda o primeiro milagre de Jesus, ao transformar água em vinho, ou seja, transforma água em uma droga socialmente aceita.

Desta forma, torna-se relevante destacar que a proibição quanto ao uso de drogas é um fenômeno recente, datado do início do século XX, com o objetivo de evitar problemas na conjuntura social vigente, como a existência de pessoas em estado alterado de consciência dentro de uma sociedade de produção mercantilista e consumista, a qual exige cada vez mais pessoas produtivas inseridas em suas engrenagens. Foi aí que, de modo arbitrário e sem fundamentação lógica, algumas substâncias receberam a classificação de proscritas, ilegais, enquanto outras, seguindo os mesmos critérios, permaneceram dentro da legalidade.

Portanto, pode-se inferir que no Brasil existe uma ambivalência, ou mesmo um paradoxo, entre as políticas propostas pelo Ministério da Saúde, o qual prima pelo acesso universal e tem suas estratégias de intervenção pautadas pela estratégia de redução de danos, e a política executada pelo Ministério da Justiça, a qual prega a abstinência e a repressão do consumo e do comércio de substâncias ditas ilícitas.

Ademais, a mídia vem se configurando como um grande aliado na consolidação de determinados paradigmas, os quais acabam por estimular e reforçar o quadro acima descrito. Para tanto, utiliza-se de maneira massiva de um discurso de combate ao crack, o qual supervaloriza os efeitos da substância em si, em detrimento da autonomia do sujeito e seu contexto sociocultural, numa perspectiva claramente demonizadora.

Como consequência observa-se a propagação do medo nas diversas classes sociais, mediante abordagem superficial e irresponsável de um problema com complexidade maior do que a aquela veiculada.

O papel da mídia também emergiu nos discursos, destacando-se por um grande potencial educativo, mediante repasse de informações que divulgassem a política vigente, veiculação de combate ao estigma e facilitação do acesso dos usuários aos serviços existentes. Reconhecido esse fator, os sujeitos da pesquisa referem sentir que na prática a mídia trabalha em sentido diametralmente oposto, disseminando uma campanha perpassada pelo medo, reforçando a ideologia de guerra às drogas, na qual o foco não está nos indivíduos como um todo, como seres complexos, como parte de uma engrenagem social bem mais ampla. Fazem, por assim dizer, algo muito mais próximo de um desserviço, conforme se observa nos relatos abaixo:

“Se você prestar atenção, nos últimos dois ou três anos, em vez da gente mostrar na televisão, que a gente não pode tá internando a força, que é proibida a internação à força no Brasil, a menos que seja por ordem judicial, a gente aparecia na televisão mostrando o ronda do quartirão pegando os paciente e levando para internar a força né?! A gente ta fazendo uma política na televisão, na mídia, o contrário. A gente não está tendo o apoio da mídia, da cultura infelizmente, pra fazer esse trabalho mais incisivo com os adolescentes.” (P5)

“O investimento pesado da mídia e dos próprios discursos que estão sendo produzidos com relação ao confinamento desses meninos, a uma terapêutica asilar que é uma terapêutica fechada em abrigos e em comunidades terapêuticas, então o investimento que eu vejo financeiro, discursivo, enfim, o investimento que eu vejo nessa área está todo voltado para esse modelo que o CAPS, teoricamente, não acredita” (P6)

A relevância do poder da mídia nesta discussão tem em suas bases o fato de que a mesma vem se tornando arena de debate e construção de políticas sociais equivocadas, instrumentalizada em boa parte dos casos por setores conservadores ligados a interesses econômicos e religiosos, em detrimento dos espaços formais de controle social em um estado que se propõe laico. Assim este novo poder que se estabelece também desvela a fragilidade dos movimentos sociais na busca de assegurar seus direitos, em meio ao cenário de lobbys com os quais a grande mídia encontra-se envolvida, mesmo no Congresso Nacional, no Ministério Público e em diversas esferas do Poder Executivo (VASCONCELOS, 2010).

As diferentes mídias assumiram assim em nossa sociedade um status de dispositivos pedagógicos, produtores de verdades a partir de relações de poder e de interesses diversos, haja vista a indústria do álcool e do tabaco, grandes financiadores de eventos esportivos, culturais e político-partidários. Nesse contexto, fabricam e difundem modos de viver, de agir e de ser, naturalizando alguns discursos como o da desigualdade. Embora os meios de comunicação possam ser utilizados como um instrumento poderoso de disseminação das garantias dos direitos da criança e do adolescente, não raro detecta-se a violação dos mesmos, mediante difusão de estigmatização deste público, conquanto um segmento potencialmente perigoso, quando os julga previamente e quando encara o seu extermínio como algo desejável, fato que ganha relevo ao se tratar de segmentos da população de baixa renda. (NOGUEIRA E FRANCO, 2015).

Dias (2012) alerta para o fato de que o tema do crack exige um exercício de reflexão constante ao abordá-lo, levando em conta em sua problematização os interesses que se encontram em jogo nessa disputa, o que pode dificultar a percepção desse fenômeno por outras perspectivas. Desta forma, torna-se premente o acesso a informação no sentido de

promover discussões qualificadas, lançando-se para além do ponto de vista veiculado pela mídia.

A conjuntura política de “combate às drogas” acaba por empurrar os usuários para a clandestinidade e para o envolvimento com atividades ilícitas, sem conseguir diminuir a demanda. Dentre as principais características atribuídas de uma maneira geral a esses adolescentes, decorrentes da imersão neste novo universo, algumas possuem um poder especial para marcá-los, como associação ao crime, violência, periculosidade. Estes signos dificultam as condições de um acesso digno, aos serviços que lhe oferecem algum cuidado, agravando seu estado de saúde uma vez que demoram a procurar ajuda (QUINDERÉ, 2013).

Karam (2015) retrata a política de guerra às drogas na perspectiva de uma violação de diversos direitos humano, dentre os quais o de liberdade e de isonomia. No primeiro ninguém pode ser julgado ou criminalizado sem que exista em suas ações dano ou ofensa a terceiros, não podendo o Estado proteger as pessoas, de forma autoritária, contra aquilo que elas não desejam ser protegidas. Situação em que se enquadra o uso de drogas e a venda destas entre a população adulta. Assim, o Estado não poderia intervir na liberdade individual daquilo que cada indivíduo deseja consumir, comprar ou usar, baseando-se apenas na presunção de eventuais danos.

Já no segundo caso, a violação do princípio da isonomia, a autora sustenta sua argumentação no exemplo dos comerciantes e fabricantes de substâncias como álcool e tabaco, os quais não são considerados criminosos pelo desempenho de suas atividades econômicas, muito embora aos comerciantes de cocaína, maconha e heroína, por exemplo, seja atribuída a alcunha de traficante, ou seja, tratamentos diferentes para atividades similares. Apesar do significado da palavra tráfico se equiparar ao termo comércio, o primeiro possui uma forte carga dramática, o qual acarreta sérias consequências em termos legais, sociais e de estigma.

Assim, além de não resolver o problema, a perspectiva proibicionista traz à tona outros problemas de grande impacto social como a criminalização da pobreza, o aumento de mortes e de prisões dos jovens envolvidos em atividades ilícitas, força policial aliciada pela corrupção, traficantes tomados como exemplo de possibilidade de ascensão, aumento das vulnerabilidades, das diferenças e da exclusão social.

Os danos e os prejuízos decorrentes desta política são superiores aos eventuais benefícios que possam existir. Nesta perspectiva de análise um dos malefícios gerados é a não utilização de determinados princípios ativos encontrados nas substâncias ilícitas, como o

canabidiol e outros canabinóides, que podem ser úteis a pacientes com doenças como o câncer e a AIDS, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Impactam também no avanço da pesquisa científica, uma vez que impossibilitam a realização de maiores estudos sobre as propriedades terapêuticas destas substâncias (KARAM, 2010).

Ainda em relação aos danos à saúde, um mercado ilícito não oferece restrições aos seus consumidores, como, por exemplo, o impedimento de venda a adolescentes e crianças. Não há, portanto, como regular uma quantidade máxima ou doses diárias permitidas, assim como não há como se garantir um controle de qualidade ou mesmo de higienização daquilo que está sendo comercializado e consumido.

Em relação à criminalização da pobreza, a autora supracitada menciona a ocupação militarizada nas favelas, com tanques de guerra, helicópteros e metralhadoras, fortalecendo o estigma e a ideia de gueto. A população em geral permanece vigiada constantemente e qualquer reação de inconformismo pode ser facilmente desqualificada sob o pretexto de estarem associados ao tráfico. Referida circunstância legitima o uso da força e da violência na medida em que é justificada sob o pretexto de estarem “livres do crack”. Desse modo, as pessoas abrem mão de suas liberdades individuais, vivendo em realidades muito próximas daquelas existentes nos estados de exceção, agindo em total desrespeito ao estado democrático de direito.

No Brasil, a juventude urbana encontra-se submetida a um contexto de violência associado ao discurso que predomina no senso comum no qual o envolvimento de adolescentes com o tráfico e consumo de drogas é fator preponderante para o aumento de crimes violentos como o homicídio. Destarte, os meios de comunicação de massa, em especial os grandes noticiários, preferencialmente veiculam matérias nas quais os adolescentes usuários de drogas encontram-se envolvidos em atos ilícitos e criminosos, num claro discurso repressivo que se dissemina junto à sociedade. Desta forma, os adolescentes passam de vítimas a responsáveis pela insegurança vivenciada nas grandes cidades, muito embora os crimes mais praticados pelos adolescentes em conflito com a lei não sejam os mais violentos. Demonstração disso é que no ano de 2012, apenas 4,2% total de homicídios praticados foram de autoria de adolescentes (FRATTARI E OLIVEIRA, 2015).

Ainda segundo os autores supramencionados, a população brasileira está quarenta vezes mais vulnerável a ser morta por um policial do que por um adolescente, muito embora as corporações policiais não sejam tema das grandes manchetes, associadas a discursos de medo. Sequer se sugere a necessidade de ampliar o controle sobre essas forças, enquanto

sobram propostas de endurecimento penal aos adolescentes, como a recente proposta de redução da maioridade penal.

Conforme dados fornecidos pelo Mapa da Violência, no ano de 2014 as maiores vítimas de homicídio no Brasil são os jovens. De cada 10 jovens mortos, 7 são vítimas da violência policial e de cada 4 homicídios de jovens, 3 são pobres e negros. Essa parcela da população é também a mais atingida pelo atual modelo de encarceramento, sendo que 38% dela situam-se na faixa entre os 18 a 29 anos e 60% são negros.

Alguns relatos denunciaram a postura truculenta da polícia por ocasião das abordagens aos menores em cena de uso. Neles, constata-se claramente um completo desrespeito e violação dos direitos assegurados pelo ECA, bem como uma atitude nociva e despreparada, a qual está longe de ser aquela que o auxiliará na busca por cuidados ou na garantia de seus direitos fundamentais, muito pelo contrário, tende a afastá-los dos serviços empurrando-os cada vez mais para a marginalidade, conforme podemos constatar nos discursos que seguem:

“A polícia disse que se me pegasse aí no meio da rua ia me matar.” (A22)

“Quando a polícia pegava meu cachimbo, quebrava, e eu tava na fissura de fumar, aí eu fumava na lata... eu só gostava de rouba assim que eu se acordava, que eu se acordava bem com raiva já, ou quando a polícia me batia, aí ... eu já se acordava já meio agitado da cabeça, já doido, aí a primeira pessoa que eu viesse na minha frente” (A4)

As falas revelam a chocante atuação dos agentes do estado e da lei, os quais deveriam envidar esforços no sentido de promover e garantir o acesso dos sujeitos aos seus direitos básicos. Destaca-se a violação do direito fundamental à vida, as agressões físicas e as intervenções equivocadas e dissonantes com a política preconizada pelo Ministério da Saúde.

A violência policial sempre fez parte do contexto da chamada sociedade contemporânea. Suas formas de expressão, intensidade e tolerância variam conforme os diferentes grupos, nos quais há uma maior vigilância da conduta policial em determinados grupos mais do que em outros. Esse tipo de conduta demonstra uma participação ativa e um aparelhamento da corporação para a manutenção do status quo. Desta forma, a violência policial, também chamada de violência oficial, está intimamente ligada à chamada violência estrutural, a qual se manifesta nas desigualdades sociorraciais (MACHADO E NORONHA, 2002).

Autores como Paker e Aggleton (2003) se debruçam sobre o tema do estigma indo além da definição atribuída por Goffman; para eles o estigma está inserido nas sociedades

como produto de uma relação de jogos de poder e dominação, na qual vários interesses estão envolvidos, não necessariamente de maneira explícita, mas que desvelam estruturas de ampla desigualdade e exclusão social. Para aprofundar a análise deste cenário os autores lançam mão de conceitos como o de violência estrutural.

Segundo os autores supracitados, a origem do termo violência estrutural não é clara, havendo fontes que a vinculam à Teologia da Libertação, ao marxismo ou mesmo a teorias antropológicas, muito embora o sociólogo norueguês Johan Galtung seja apontado como uma das figuras mais proeminentes em relação ao conceito apresentado.

A conceituação de Galtung (1969) é muito ampla e nas últimas décadas tem sido bastante empregada em estudos na área da saúde, apesar do tema de origem do seu trabalho ser referente a questões relacionadas à paz. Para o autor, o que difere a violência estrutural dos outros tipos de violência é o seu caráter indireto. Nesta perspectiva os atos de violência são exercidos de forma indireta, de modo que não necessariamente existirá uma pessoa prejudicada diretamente por outra. A violência seria constituída na estrutura interna dos diversos sistemas que compõem e sustentam as sociedades, tornando-se explícita através das relações de poderes marcadas pela desigualdade e pelas possibilidades de vida desiguais.

No tocante à violência e suas diferentes maneiras de ecoar nas relações de poder que se estabelecem, o adolescente que sofre algum tipo de violência tem no ato infracional a possibilidade de revide às humilhações e agressões vivenciadas ao longo de sua história pessoal e do grupo ao qual pertence (BOMBARDI, 2008).

Esta possibilidade desvela a existência de uma conjuntura social e psíquica bem mais complexa em relação a todo o contexto no qual os adolescentes usuários de drogas e os agentes da força policial encontram-se inseridos, não devendo ser abordada de forma simplista e superficial, mas fazendo-se uma análise aprofundada de cada caso em seu respectivo contexto.

Desta forma a discussão não pode limitar-se ao maniqueísmo do bem versus o mal, uma vez que estes atos infracionais estão repletos de significados, de demandas reprimidas, de valores pessoais e sociais distorcidos. Essa realidade exige do aparato policial uma abordagem qualificada que vise quebrar o círculo vicioso de agressões sofridas e praticadas, utilizando, para tanto, uma investida adequada que deverá perpassar, pelos adequados encaminhamentos, os quais, por sua vez, devem estar preparados para propiciar o acesso aos cuidados necessários.

Esta relação de causa e efeito entre uma estrutura ideológica e suas consequências danosas para um determinado grupo social pode ser percebida claramente na chamada guerra às drogas. A referida ideologia traz arraigada consigo um forte componente bélico, excludente e criminalizador que se enraíza por toda a sociedade, não estando os profissionais da saúde imunes a tal paradigma.

O estudo possibilitou ainda constatar que mesmo os profissionais dos ditos centros especializados carregam, de forma velada ou não, traços dessa ideologia amplamente difundida, ratificando a ideia de que ali são atendidas pessoas negativamente diferenciadas, males sociais.

Nestas circunstâncias os profissionais de saúde podem apresentar o comprometimento de uma das características mais essenciais da assistência, principalmente no que se refere a este usuário: a visão integral preconizada pelo SUS. Situação na qual os sujeitos deixam de ser identificados por outros papéis sociais que possam desempenhar como ser pai, mãe, filho ou marido de alguém, bem como ter suas necessidades para além do uso da substância suprimidas, como as necessidades de saúde, de emprego, moradia, lazer e afeto para assumir o papel do delinquente, perigoso e manipulador.

Diversas expressões denunciam a existência de preconceito nos serviços especializados. Uma delas se traduz no fato de que nem todos os profissionais realizam atendimento a esses meninos, seja no CAPS-ad, seja no CAPS-i. Essa realidade inexoravelmente limita o contingente de pessoas disponíveis a realizar o atendimento no momento da procura pelo serviço, conforme pode ser observado nos relatos que seguem:

“A grande maioria dos profissionais eles se recusam a trabalhar com AD isso é só um dado, né?! Existem algumas pessoas que tem essa, essa facilidade, a maioria deles tem até curso de AD, teoricamente vários deles teriam condições por conhecimento das drogas pelos cursos feitos, mas na prática é... não sabe como abordar, não tem, não tem jeito pra lidar com o drogadito¹, né?!” (C2)

“Ela trabalhava no período da tarde, então se chegasse um AD de manhã era feita uma anamnese e encaminhava para ele vir a tarde porque nenhuma profissional podia atender esse menino porque ele era AD ... “eu já vi várias vezes, chegam três e aí o pessoal começa a guardar as bolsas, fica aquele clima de tensão, "fecha a porta, não deixa a porta aberta, os ADs estão aí, cuidado com eles". Então assim acho complicado esse tipo de estigma que tem aqui dentro.” (P8)

“Quando a profissional x saiu eu fiquei insistindo porque ele (outro profissional) que já acompanhava a profissional x assumisse (os atendimentos), e ele com medo foi. E hoje ele já diz: “Ah, Fulana eu adorei. Você tinha razão eu tinha que me esforçar mesmo. Eu tirei o meu próprio preconceito quando eu me dispus a ir”. Mas, já outros profissionais não! Não se dispuseram nesse nível, então isso, isso é um problema”. (C3)

¹ Corruptela do inglês *drug addict* (viciado, dependente).

Jorge *et al.* (2014) aponta em estudos realizados em CAPS-i que nem sempre as portas do serviço estão abertas para os adolescentes em busca de atendimento, uma vez que a atividade denominada de acolhimento não é realizada por todos os profissionais, sendo ofertada em dias e horários específicos, conforme a capacidade de organização dos trabalhadores disponíveis.

A atividade de acolhimento, neste caso, configura-se como o primeiro momento de escuta realizado na perspectiva de uma avaliação a qual indicará o ingresso no serviço e início do tratamento ou redirecionamento para outro ponto da rede que melhor atenda as necessidades explicitadas pelo usuário.

Desta forma, os relatos refletem o impacto que a construção social e simbólica de parte dos profissionais assume nos serviços especializados sobre o uso de drogas. Para Motta, Noto e Silveira (2014), o estigma e a discriminação dos usuários de álcool e outras drogas advindos dos profissionais de saúde é um dos motivos que interferem na qualidade do cuidado e no acesso aos serviços, uma vez que em tais condições há uma postura de culpabilização do usuário dentro dos serviços, na qual as drogas não são vistas como um problema de saúde e não raro os usuários são vistos como pessoas perigosas e violentas.

Brasil (2010) corrobora os achados ao afirmar que o acesso dos usuários de crack a cuidados não está imune ao estigma. Ainda há muitos profissionais com condutas preconceituosas e excludentes, reproduzindo nesses espaços os paradigmas do senso comum, os quais tendem a homogeneizar os usuários de crack numa estreita associação com a violência, com o risco e com o tráfico. Essa postura restringe as possibilidades de sucesso na busca pelos cuidados necessários, dificultando o acesso ao serviço, e a adesão ao tratamento.

Os adolescentes que não chegam aos CAPS - mas que conseguem de maneira informal estabelecer suas próprias estratégias de cuidado e de redução de danos, como a confecção e utilização de cachimbos - sofrem com uma abordagem policial, a qual está longe de ser benéfica. Todavia, costuma ser meramente repressiva causando, dentre outros prejuízos, o aumento da fragilidade destes meninos, seja na esfera emocional, na social ou mesmo no aspecto material e da saúde, quando destroem objetos de uso pessoal, os quais poderiam minimizar os danos causados ao organismo decorrentes do uso de crack.

Uma vez sem seus cachimbos, quase que fatalmente migram para outra forma de uso da substância, que tem como ferramenta a lata de refrigerante ou cerveja, de potencial ofensivo superior, seja por possuírem em sua composição alumínio, seja pela falta de higienização das mesmas, que muitas vezes são coletadas em locais de fácil acesso a ratos, ou

seja, pelo fato de provocarem lesões labiais, mediante queimaduras posteriores ao contato com a lata quente. Estas fissuras podem servir de vetores para microrganismos como vírus e bactérias, que circulam entrem as pessoas que compartilham a mesma lata, através da saliva.

Dentre as estratégias defendidas pela Redução de Danos pode-se mencionar a distribuição de insumos de proteção à saúde, como protetores labiais, camisinhas, seringas e água potável, bem como o fornecimento de informações educativas visando estimular a adoção de comportamentos mais seguros à saúde e a integridade física em geral dos indivíduos (BRASIL, 2005).

Posto isto, destaca-se a existência de uma total desarticulação entre as políticas públicas existentes, uma vez que a estratégia de Redução de Danos, a qual pressupõe o respeito aos direitos individuais e o estímulo à autonomia dos sujeitos no processo saúde doença, está em total dissonância com a política proibicionista já explicitada anteriormente.

Vale ressaltar o descompasso entre as ações de proteção social e da saúde, no sentido de não conseguirem chegar antes da abordagem policial ou mesmo de realizarem um trabalho conjunto com esta última a fim de estabelecer um alinhamento técnico-conceitual para a realização das investidas junto aos adolescentes.

Ao que se pode constatar, quem chega primeiro é a polícia, numa atitude repressiva, descontextualizada das demais políticas públicas, despreparada, hostil e nociva, perpetuando, com auxílio dos grandes meios de comunicação o estigma e a segregação destes usuários nos mais diversos segmentos da sociedade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou conhecer melhor o cenário atual no qual os adolescentes usuários de crack e outras drogas estão inseridos, desde o seu perfil sociodemográfico marcado por diversas limitações e violações de direitos, ao contexto de oferta de cuidados pelos CAPS-ad e CAPS-i, bem como de seus profissionais, no sentido de melhor compreender quais as condições em que o acesso se deflagra.

Nesse contexto, apesar dos avanços conquistados pela política de saúde mental no país, percebe-se que ainda são vários os desafios a serem enfrentados para que seus ideais sejam plenamente executados, deixando de ser apenas uma bela teoria e consolidando-se como uma prática legítima, asseguradora de direitos e promotora de inclusão social.

Várias são as ameaças à consolidação e avanço da política, dentre elas os interesses econômicos envolvidos em várias dimensões, passando por segmentos organizados da sociedade civil, como Associação Brasileira de Psiquiatria em sua ala conservadora, até o lobby evangélico de donos de comunidades terapêuticas, bem como os interesses dos grandes empresários do setor imobiliário, os quais visando ampliar seus lucros, enxergam nas ações higienistas uma opção rápida e lucrativa de limpar determinados setores da sociedade, a pretexto de valorizar e revitalizar os espaços públicos, conforme ocorreu nas chamadas cracolândias de São Paulo.

A grande mídia também tem se empenhado em propagar modelos contrários à Reforma Psiquiátrica e a favor dos interesses dominantes, de forma a manter o status quo vigente. Nessa empreitada difunde valores os quais avigoram o preconceito, violam direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes e afastam os usuários dos serviços, uma vez que, suas matérias em geral reforçam estereótipos e veiculam mensagem de desqualificação do SUS.

Em relação aos aspectos que marcam o acesso dos adolescentes usuários de crack e outras drogas aos CAPS-ad e CAPS-i, ficou claro que estes meninos não se encontram nestes espaços terapêutico, demonstrando que as políticas públicas muito pouco os alcançava. Assim, eles apenas passam pelos serviços quando são encaminhados ou obrigados por terceiros, seja instituição de justiça, abrigos ou cuidadores, muito embora invariavelmente não permaneçam para realizar acompanhamento.

O estudo demonstrou que os adolescentes buscam por demanda espontânea serviços que não se limitam a oferta de tratamento para interrupção do consumo de substâncias. Eles procuram serviços que podem de alguma maneira suprir necessidades

relacionadas a garantia de direitos, como o direito a educação, moradia, proteção e alimentação. Faz-se necessário, desta sorte, investir na implementação de estratégias mais dinâmicas, como os consultórios de rua, e serviços com maior disponibilidade, inclusive que funcionem 24 horas como os CAPS-III e as Unidades de Acolhimento, mudando a postura passiva dos serviços para uma prática mais proativa de busca e encontro com seus usuários.

Dito isto, convém salientar que apenas uma parcela dos adolescentes foi contemplada no presente estudo, visto que os meninos que ainda se encontram em situação de uso, sem motivação para buscar algum tipo de apoio não foram acessados, dadas as limitações das equipes existentes que realizam esta abordagem.

Tal fato decorreu da existência de poucas equipes no município que se propõem a realizar abordagens de rua, bem como sua situação de fragilidade estrutural para execução de suas atividades. Além de equipes pequenas e limitação dos turnos de atuação, ainda se deparavam com demandas de outros serviços para atender.

Este aspecto de fragilidade também foi constatado em relação aos CAPS, em que os profissionais alegavam viver num contexto de grande precarização das condições de trabalho, as quais impossibilitam suas atividades no sentido de executar propostas que se aproximassem da realidade dos adolescentes, como sair dos serviços e atuarem nos territórios mediante ações de educação em saúde e redução de danos, bem como realizando e fortalecendo parcerias com outros pontos de atenção da rede, de forma a tornar o serviço conhecido e assim facilitar os encaminhamentos e o acesso.

Na categoria referente à precarização das condições de trabalho, ganhou ênfase a dificuldade dos profissionais em executar aquilo que está previsto na política, por falta de investimentos na rede pública, de forma a possibilitar uma organização dos serviços e uma atuação técnica condizente com o que o cotidiano lhes exige, como por exemplo sair de dentro dos muros dos CAPS e lançarem-se nos territórios, indo em busca dos adolescentes.

Este foi um dos grandes entraves ao acesso dos adolescentes aos serviços, segundo a perspectiva dos profissionais, sendo corroborado pelos discursos dos adolescentes que em alguns casos relataram não conhecer os serviços, ou possuírem uma concepção superficial e equivocada acerca dos mesmos. Tal constatação demonstrando que a dimensão econômica-social gera impactos significativos nas outras dimensões do acesso como a organizacional, política e técnica.

Ainda segundo os profissionais outro aspecto mencionado para o não acesso dos adolescentes aos serviços está diretamente relacionado ao aspecto simbólico. Esta categoria

desvelou as implicações da ideologia de guerra às drogas no concernente ao acesso, no qual se destacou o peso do estigma, suas consequências, bem como as diversas formas de violência, incluindo a violação de direitos fundamentais e a marginalização.

Os adolescentes mencionaram diversas formas de violação de seus direitos, muito embora não soubessem do que se tratava. Nos discursos colhidos, a busca por ajuda se dava de forma quase intrínseca a algum tipo de violação, quer agressões físicas decorrentes de traficantes, quer conflitos com a lei ou mesmo de abordagens policiais inadequadas, o que reflete a desarticulação das políticas públicas existentes no País.

Desta forma, pode-se dizer que a política de guerra às drogas, aliada ao discurso midiático, alimentam o preconceito em torno dos adolescentes usuários de crack e outras drogas. As ideologias propagadas estimulam o estigma em torno dos mesmos, em diversas esferas da nossa sociedade, configurando-se em uma importante barreira simbólica do acesso dos adolescentes aos serviços especializados.

O estigma encontra diversas maneiras de expressão seja pelo fato dos usuários não desejarem estar associados a estes serviços, seja porque não querem revelar o uso de uma substância ilícita, e conseqüentemente, a prática de atividades ilícitas ou mesmo por terem uma concepção distorcida acerca dos serviços, podendo em muitos casos até desconhecerem sua existência. A existência de preconceito dentro dos serviços, por parte dos profissionais, gera outro importante impacto no que diz respeito à oferta de cuidados oferecidos, já que nem todos estão disponíveis para o atendimento da clientela.

Diante do exposto percebe-se uma grande dificuldade de executar a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, seja por falta de diversos recursos para executá-la nos serviços, impossibilitando uma atuação comunitária, de base territorial e em rede intersetorial, ou seja, pela difusão de uma ideologia que propaga o medo, a discriminação, a criminalização e o estigma, empurrando os adolescentes para a ilicitude e marginalização.

Notadamente destaca-se a desarticulação entre as diversas políticas públicas, em especial a política prevista pelo Ministério da Saúde e a política implementada pelo Ministério da Justiça. Essa conjuntura denota com expressividade uma incongruência e incompatibilidade de ações, abordagens e perspectivas, as quais chegam a ser paradoxais e contraproducentes, quando mecanismos da mesma estrutura emplacam atividades com finalidades dissonantes e contraditórias, em relação a uma problemática complexa que exige um somatório de forças intersetoriais para sua compreensão e abordagem.

Desta forma, para que se tenha algum êxito em relação ao assunto tornam-se indispensáveis investimentos financeiros no sentido de implementar e fazer funcionar a rede de atenção psicossocial, dando destaque a iniciativas como as do consultório de rua, os quais melhor se aproximam do público mais vulnerável, os CAPS III e as unidades de acolhimento, as quais oferecem a possibilidade de abrigamento.

Faz-se necessário repensar o papel da mídia e as formas de articulação com a mesma, a fim de torná-la um potencial aliado nesta empreitada, investindo em seu viés educativo e ocupando esses espaços para a promoção de debates críticos e responsáveis, não apenas em relação às drogas em si, mas principalmente em relação aos discursos que há anos vêm sendo sustentados sem, contudo, apresentarem resultados concretos e positivos.

Ademais, novos estudos devem ser desenvolvidos no sentido de contemplar os adolescentes em uso de crack e outras drogas que não acessam as redes de cuidado ou por extrema vulnerabilidade ou por opção pessoal, fato que este estudo não conseguiu contemplar, bem como suas concepções acerca dos modelos de tratamento existentes e aqueles que julgam ser ideal. Buscar essa compreensão é fundamental para que eles se tornem não apenas atores desta construção, mas protagonistas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. A. **Cuidados ao usuário de crack e produção de subjetividades: possibilidades de interlocução com a rede social de apoio.** 2013. 212f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva com Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR) – Universidade Estadual do Ceará, UECE, Fortaleza, 2013.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 11, 2009
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** v. 36, p. 1-10, 1995.
- ANDERSEN, R.M; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank mem fund Q**; 51:95-124, 1973.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.16, n.12, p. 4665-4674, 2011.
- ARAÚJO, J.S.; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A, organizadores. **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 239-251, 2005.
- ARRUDA, D. **Sistemas de informações e alocação de recursos.** 1998. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, 1998.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A *et al.* Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.815-823, 2003.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. *Sitientibus: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana*, Feira de Santana, UEFS, n. 18, p. 67-74, jan./jun., 1998.
- ASSIS, MMA, Jorge, M.S.B. **Métodos de análise em pesquisa qualitativa.** In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010. p.139-59.
- ASSIS, M.M.A. **Os objetos de estudo e a construção teórico metodológica.** In: ASSIS, M.M.A; ALMEIDA, M.V.G, Orgs. Acesso aos serviços e tecnologias no sistema único de saúde: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora, p. 19-42, 2014.
- BALDANI, M.H. *et al.* Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol**; v. 13, n. 1, p. 150-62, 2010.

BARBOSA, M.T.S.; BYINGTON, M.R.L.; STRUCHINER, C.J. Modelos Dinâmicos e redes sociais: Revisão e Reflexões a Respeito de sua Contribuição Para o Entendimento da Epidemia do HIV. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 37-51, 2000.

BESSA, M. A. O adolescente usuário de crack. In. RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs). **O tratamento do crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. P. 619-630.

BOMBARDI, V.M. **A rebelião do dia-a-dia**: uma leitura sobre adolescentes autores de atos infracionais. 2008. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2008.

BRASIL, **Lei 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012.

_____. **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html> Acesso em: 15 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Justiça. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outra droga cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Justiça. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011**. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 de dezembro de 2011. Disponível em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm> Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Livreto epidemiológico**: Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil. FIOCRUZ. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.131/GM de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.336/GM de 19 de fevereiro de 2002**.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.1190/GM, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011**. 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 Sistema Único de Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde: **Saúde mental em dados 11 (ano VII, nº 11)**. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/INDEX.PHP> webcite]> Acesso em: 17 ago. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica **Relatório de gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. jan. de 2011, 106 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no sistema único de saúde**: Texto preliminar destinado a consulta pública. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. **Caderno do programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Edição 2004/2005. Brasília, 2004. Disponível em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_293_arq_473_ManualAdoAProgramaANacionalAdeAAvaliacaoAdeAServicosAdeASaudeA-APNASS.pdf> Acesso em: 09 set. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portal saúde: programa crack, é possível vencer**. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/06/programa-crack-e-possivel-vencer-recebera-ate-2014-do-governo-federal-r-4-bi>>. Acesso em: 13 out. 2015.

CARLINI, E. L. A., NOTO, A. R., SANCHEZ, Z. V. D. M., CARLINI, C. M. A., LOCATELLI, D. P., ABEID, L. R., et al.(2010). **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras -2010**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

CEARÁ, A. L. **Drogas: onde buscar ajuda**. Fortaleza: INESP, 2010. 296p

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: MATOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

CRUZ, M. S.; ANDRADE, T.; BASTOS, F.I.; LEAL, E.; BERTONI, N.; LIPMAN, L.; BRUNETT, C. FISCHER, B. **Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil**. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/536>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

CRUZ, M. S.; ANDRADE, T.; BASTOS, F.I.; LEAL, E.; BERTONI, N.; VILLAR, L. M.; TIESMAKI, M.; FISCHER, B. **Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities**. Disponível em < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395913000418>> Acesso em: 25 jun. de 2014.

DÍAZ HEREDIA, L.P.; MARZIALE, M.H.P. Papéis de profissionais, em centros de atenção ambulatorial em drogas, na cidade de Bogotá, Colômbia. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. V.18, 2010.

DIMENSTEIN, M. **O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais**. Mental. Barbacena. v. 4, n. 6, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 abr. 2015.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DUARTE, P.V. Redes Sociais. In: **Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas**. Curso à Distância. Unidade 15. SENAD- Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

ETCHEPARE, M.; DOTTO, E.R.; DOMINGUES, K.A.; COLPO, E. **Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.55, n.2, p.140-146, abr./jun., 2011.

FRATTARI, N.F.; OLIVEIRA, D.D. **As narrativas do medo e a criminalização da juventude: o discurso punitivo contra adolescentes em conflito com a lei.** *Inter Ação*, Goiânia, v. 40, n. 2, p. 305-323. 2015.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **História da cidade.** Imprensa Municipal. 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza 2006-2009/Secretaria da Saúde – Fortaleza:** Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2010-2013/Secretaria de Saúde – Fortaleza:** Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010.

GALTUNG, J. **Violence, peace, and peace research.** *Journal of Peace Research.* v. 6, n. 3, p. 167-191, 1969.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde:** acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C., organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz, p.177-198, 1996.

GONÇALVES, A.M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família.** 2002. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC. 1963

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20 v. 2, p. S331-S336, 2004

JORGE, M. S. B.; *ET AL.* **Olhares plurais sobre o fenômeno crack.** Fortaleza: EdUECE, 2013.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 91-102.

LO, C.C.; CHENG, T.C. **Racial/Ethnic differences in access to substance abuse treatment.** Disponível em <http://muse.jhu.edu/journals/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v022/22.2.lo.html> Acessado em 03 set. 2014.

MACHADO, E.P.; NORONHA, C.V. **A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas.** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, p. 188-221, jan./jun. 2002.

MARCOLINO, A. B. L. et al, Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.144-57, 2009.

MATIDA, A. Arroz, feijão, saúde, educação: política Pública de Saúde no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, mar. 2011, Vol.16, n3, p.1668-1669. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018467001>> Acesso em: 19 jul. de 2014.

MALTA, M.; CAVALCANTI, S.; GLIKSMAN, L.; ADLAF, E.; HACKER, A.; BERTONI, N; MASSARD, E.; BASTOS, F.I. Behavior and major barriers faced by non-injectable drug users with HBV/HCV seeking treatment for hepatitis and drug addiction in Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Cien Saude Colet.** v. 16, n.12, p. 4777-4786, 2011.

MARQUES, A. C.; CRUZ, M. O. Adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 22 (supl II); p. 32-6, 2000.

MILLMAN, M. **Access to health care in America.** Washington DC: National Academy Press; 1993.

MILHOMEM, M.A.G.C.; OLIVEIRA, A.G.B. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm.** V. 12, N.1, P. 101-8, jan./mar 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRACO. 1996.

NAPPO, S. A.; CARLINI, E.L.A.; ARAUJO, M.D.; MOREIRA, L.F.S.M. **Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, 46 (2): 297-303, 2010.

NARDI, F. L; CUNHA, S. M.; BIZARRO, Lisiane and DELL'AGLIO, D. D. **Drug use and antisocial behavior among adolescents attending public schools in Brazil.** Trends Psychiatry Psychother [online] 2012, vol.34, n.2, pp. 80-86. ISSN 2237-6089. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000200006>> Acesso em: 28 de jun. de 2014.

NOGUEIRA, T. S.; FRANCO, A.C.S. A relação entre a mídia e os direitos das crianças e adolescentes: as tensões e os efeitos de violação de direitos. In: LEMOS *et al.* **Crianças, adolescentes e jovens: políticas inventivas transversalizantes.** Curitiba: CRV, 2015.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Rev Psiq Clín.** v. 35, n.6. p. 212-218, 2008.

OLIVEIRA, L. S. et al . Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, Nov. 2012. Acessado em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100021&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>. em 11 abr. 2015.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BHAIA, L; MACINKO, J. **O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, 2011. Disponível em: www.theancet.com. Acessado em 02 de ago. de 2014.

- PAKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS- related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**. V. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.
- PAKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (organizadores). **Estigma & Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2.ed. rev. ampl, 2008. 478 p.
- PINHEIRO, R; *et al.* Direito à saúde: emancipação, necessidade e poder. IN: In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A, organizadores. **Construção Social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 11-31, 2005.
- POLETTI, P. C. **Intersetorialidade e a clínica em Saúde Mental**: construindo e ampliando redes para a inclusão. Campinas: UNICAMP; 2008. (Programa de Aprimoramento em Saúde Mental).
- QUINDERÈ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Org.) **A experiência do uso do crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivos para o cuidado integral do usuário. Fortaleza: EDUECE, 2013.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M.; Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. V.31, N.3, P.260–8, 2012.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, Ba. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4. p. 53-61, 2006.
- SANTOS, P. N. V. et. al. Oferta e demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família em um município da Bhaia: organizações e práticas. In: ASSIS, M. M. A.; ALMEIDA, M. V. G. (Orgs). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: Abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. p 149-180.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.
- SEXTON, R. L.; CARLSON, R.G.; LEUKEFELD, C.G.; BOOTH, B.M. **Barriers to formal drug abuse treatment in the rural south: a preliminary ethnographic assessment**. Disponível em<<http://www.thefreelibrary.com/Barriers+to+formal+drug+abuse+treatment+in+the+rural+South%3A+a...-a0195982217>> Acesso em: 22 ago. 2014.
- SIEGAL, H. A.; FALCK, R.S.; Wang, J.; CARLSON, R.G.. Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. **Drug and alcohol dependence** V. 68, P. 159-66, 2002.

SILVA, J.; VENTURA, C. A. A.; COSTA, V. O. M.; LOYOLA, C. M. D.; ALBARRACIN, D. G. E.; DIAZ, J., FUNES, G. M. R.; HERNANDEZ, M. G.; TORRES, R. M. G.; RODRIGUEZ, R. J. O. **Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. **vol.17, n. Spe, Ribeirão Preto, 2009.**

SOARES, S. M; **Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do Ensino Médio.** Esc. Anna Nery Enferm, v.12, n.3, p. 485-91, 2008.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. A. cesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato a "porta". In: STARFIELD, B.(Org.) **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde, 2002.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saúde Pública.** V. 24, n. 5, p.1168-1173, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup2, p.190-198. 2004.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. & MARTINS, M., 1999. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade – Uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4:367-381.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.

VASCONCELOS, C. M. Política e Gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos.** Janete Lima de CASTRO; J.L.; FORMIGA; J.M.M.; VILAR; R.L.A., (orgs.) Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2006.

VASCONCELOS; E.M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** VASCONCELOS; E.M., organizador. São Paulo: Hucitec, p. 9-73, 2010.

VELHO, G. *Drogas, Níveis de Realidade e Diversidade.* In: RIBEIRO, M. M.; SIEBEL, S. D. **Drogas: a hegemonia do cinismo.** São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997, p. 61-69.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Anuência

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPSAC

Prezado(a) (colocar nome do diretor/coordenador/ quem for assinar a carta).

Coordenador(a) (colocar a função da pessoa).

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “**ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AOS CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.**” a qual envolve (colocar o que será executado na instituição, por exemplo, análise de prontuários, intervenção com o usuário, aplicação de questionários/entrevistas com profissionais). Serão (analisados X prontuários, ou X profissionais e/ou usuários responderão a X questionários em um total de X horas. Devem-se dar informações ao responsável do que será feito na instituição ou envolvendo membros da instituição). Esse estudo é essencial para (completar com os benefícios da realização da pesquisa).

Os participantes serão convidados por meio de (cartas convites). Somente participarão dos encontros, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso dos trabalhadores e Termo de Assentimento, para os adolescentes. A coleta de dados da pesquisa será iniciada no 1º semestre de 2015, sendo conduzida pelo pesquisador responsável, **Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé**, e seus discentes do curso de mestrado em saúde coletiva, os quais podem ser acionados pelo **telefone/Fax: (085) 3101.9826/3101.9891**.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação (ou Direção), agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Aline Teles de Andrade – Mestranda em Saúde Coletiva

Dados da pesquisadora

Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Telefone: 085 96330787 - e-mail: alinetaid@hotmail.com

APÊNDICE B - Cartão de Agendamento da Entrevista

**PESQUISA: ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad
E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.**

PESQUISADORA: Aline Teles de Andrade

DIA: _____

LOCAL: _____

HORÁRIO: _____

APÊNDICE C - Termo de Assentimento do Adolescente

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica**”, que seus pais permitiram que você participasse. Queremos compreender as dificuldades existentes no acesso dos adolescentes usuários de crack, aos serviços especializados. Os adolescentes que participarão dessa pesquisa têm de 10 a 19 anos de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não haverá nenhum problema se você desistir. A pesquisa será feita na Secretária Regional (SR) – SR IV e SR VI, onde os adolescentes participarão de entrevistas ou grupo focal. Para isso, será usado um questionário. Solicitamos a sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. O uso das informações é considerado seguro. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones 3101- 9890 do professor **Paulo Henrique Dias Quinderé**. Mas há coisas boas que podem acontecer como a melhoria das condições de acesso aos usuários de crack que buscam tratamento. Se você morar longe dos CAPS-ad e CAPS-i, nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para o transporte, para você também acompanhar a pesquisa. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados, poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários e seus familiares, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, bem como quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Os riscos envolvidos nesta pesquisa referem-se a situações de exposição, as quais podem promover estigma e discriminação, contudo asseguramos seguir todas as exigências éticas, bem como garantir o sigilo das informações de forma a evitar quaisquer danos ao participante. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou ao pesquisador **Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891**.

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone: 31019890; Endereço: Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi – Fortaleza - CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “**ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica**.”, que tem como objetivo compreender como se dá o acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços especializados. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do adolescente

Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Adolescentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ADOLESCENTES (SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL)

Pedimos a autorização para seu familiar adolescente que realiza acompanhamento nesta unidade de saúde participar da pesquisa: **ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica**”, que tem como objetivo compreender como se dá o acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços especializados.

Dessa forma, pedimos a colaboração do adolescente para responder a uma entrevista sobre as condições de acesso aos CAPS que poderá ser realizada no próprio local de acompanhamento (CAPS). Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista ou o grupo focal. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você ou no acompanhamento do seu familiar no CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários e seus familiares, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, bem como quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Os riscos envolvidos nesta pesquisa referem-se a situações de exposição, as quais podem promover estigma e discriminação, contudo asseguramos seguir todas as exigências éticas, bem como garantir o sigilo das informações de forma a evitar quaisquer danos ao participante.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou ao pesquisador **Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891.**

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone: 31019890; Endereço: Av. Parajana, 1700 - Campus do Itaperi – Fortaleza - CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.
Fortaleza - CE, ____/____/2015.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica**”, que tem como objetivo compreender como se dá o acesso dos adolescentes usuários de crack aos serviços especializados.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre o acesso dos adolescentes usuários de crack ao tratamento, bem como as possibilidades e barreiras a esse acesso. Informamos que a entrevista poderá ser realizada no próprio local de trabalho. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo para você independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, bem como quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Os riscos envolvidos nesta pesquisa referem-se a situações de exposição, as quais podem promover situações que gerem indisposição com os usuários ou com a gestão, contudo asseguramos seguir todas as exigências éticas, bem como garantir o sigilo das informações de forma a evitar quaisquer danos ao participante.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou ao pesquisador **Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891.**

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para quaisquer esclarecimentos pelo fone: 31019890; Endereço: Av. Parajana, 1700 - Campus do Itaperi – Fortaleza - CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, ____/____/2015.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE F - Roteiro de Entrevista – Adolescente Acompanhado nos CAPS

Roteiro de Entrevista – Adolescente acompanhado nos CAPS

PROJETO DE PESQUISA: “ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.”

Idade

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Estuda?

Grau de escolaridade:

Local do acompanhamento:

Há quanto tempo faz acompanhamento neste serviço:

Com quem mora:

Origem do encaminhamento:

Exerce algum tipo de atividade remunerada () Sim () Não. Qual _____?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Adolescente acompanhado nos CAPS

- Como foi sua chegada a este serviço?
- Como iniciou o uso de crack? Por que usa? (sentido do uso, impacto na saúde, impactos sociais, como faz o uso do crack – lata ou cachimbo? Sozinho ou em grupo? Faz uso de outras substâncias?)
- Você conhece as políticas públicas/ serviços sobre o enfrentamento do uso de crack? Qual a sua opinião sobre eles?
- Como se deu a sua busca por tratamento/acompanhamento neste serviço/instituição? Quais dificuldades você identificou neste percurso?
- O que motivou a escolha por este serviço? Facilidades?
- Quais os serviços você utiliza quando é necessário resolver algum problema relacionado ao uso de crack? (Dívidas, doenças, conflitos, fissura etc.) Quais os recursos, instituições ou pessoas você pode contar quando é necessário resolver algum problema relacionado ao uso de crack?

APÊNDICE G - Roteiro de Entrevista – Adolescente não Atendido nos CAPS

Roteiro de Entrevista – Adolescente não atendido nos CAPS

PROJETO DE PESQUISA: “ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.”

Idade

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Estuda?

Grau de escolaridade:

Local do acompanhamento:

Há quanto tempo faz acompanhamento neste serviço:

Com quem mora:

Origem do encaminhamento:

Exerce algum tipo de atividade remunerada () Sim () Não. Qual _____?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Adolescente não atendido nos CAPS

- Utiliza alguma substância psicoativa? Qual? (Como iniciou o uso? por que usa? sentido do uso, impacto na saúde, impactos sociais, como faz o uso do crack – lata ou cachimbo? Sozinho ou em grupo? O que usa e há quanto tempo?).
- Você teria interesse em receber algum tipo de ajuda em relação ao seu uso de crack? Qual?
- Fale sobre seu uso de crack.
- Você recebe algum tipo de ajuda? Procurou algum serviço de saúde? Algum outro serviço? Fale um pouco sobre isso.
- Você percebe algum problema de saúde relacionado ao seu consumo de crack? Pode falar um pouco sobre isso?
- O que você percebe que dificulta a sua busca por um serviço de saúde, no sentido de ajudar a minimizar estes problemas. Fale um pouco sobre isso.
- O que você acha que facilita na procura por serviços ou alguma ajuda dos órgãos públicos?
- Você conhece as políticas públicas (tipos de serviços e tratamentos) propostos no enfrentamento do uso de crack? Qual a sua opinião sobre eles?
- Como seria o tratamento que você desejaria receber? Como deveria ser o serviço ideal?
- Quais os serviços você utiliza quando é necessário resolver algum problema relacionado ao uso de crack? (Dívidas, doenças, conflitos, fissura etc.) Quais os recursos, instituições ou pessoas você pode contar quando é necessário resolver algum problema relacionado ao uso de crack?

APÊNDICE H - Roteiro de Entrevista – Profissionais de Saúde

Roteiro de entrevista – Profissionais de Saúde.

PROJETO DE PESQUISA: ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.”

Identificação:

Idade:

Sexo:

Formação profissional:

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado. Outra

Tempo de formado:

Área de atuação:

Vínculo empregatício: () CLT () Func. Público

Local de trabalho () ESF () CAPS () Escola

Tempo de atuação no local de trabalho:

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

- Na prática como você percebe o enfrentamento do consumo do crack por adolescentes?
- Como se dá o acesso dos adolescentes usuários de crack ao serviço? Fluxo, exigências, condições?
- Fale-me sobre as facilidades e dificuldades no acesso desta unidade aos adolescentes em uso de crack?
- Quais os atrativos existentes para o acesso dos adolescentes aos serviços?
- Quais estratégias a equipe utiliza na prática cotidiana para articular as políticas públicas sobre o uso de crack em relação aos adolescentes?
- Como se dá o acompanhamento dos adolescentes usuários de crack neste serviço?

APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista – Gestores CAPS

Roteiro de Entrevista – Gestores CAPS

PROJETO DE PESQUISA: ACESSO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK AO CAPS-ad E CAPS-i: ressonâncias das dimensões econômica-social e simbólica.”

Identificação:

Idade:

Sexo:

Formação profissional:

Tempo de formado:

Há quanto tempo atua na gestão deste serviço:

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outra

Área de atuação:

Vínculo empregatício: () CLT () Func. Público

Local de trabalho () ESF () CAPS () Escola

Tempo de atuação no local de trabalho:

ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTORES CAPS

- Na prática como você percebe o enfrentamento do consumo do crack por adolescentes?
- Como se dá o acesso dos adolescentes usuários de crack ao serviço? Fluxo, exigências, condições?
- Fale-me sobre as facilidades e dificuldades no acesso desta unidade aos adolescentes em uso de crack?
- Quais os atrativos existentes para o acesso dos adolescentes aos serviços?
- Quais estratégias a equipe utiliza na prática cotidiana para articular as políticas públicas sobre o uso de crack em relação aos adolescentes?
- Como se dá o acompanhamento dos adolescentes usuários de crack neste serviço?

APÊNDICE J - Roteiro de Observação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Modelo de clínica utilizado pelos trabalhadores de saúde de Fortaleza-CE no cuidado aos usuários de crack.

Chegada dos usuários de crack nos serviços de saúde.

Elementos que contribuem para o acesso aos serviços.

Elementos que dificultam, ou afastam os adolescentes dos serviços.

Relação entre os usuários de crack, comunidade e os trabalhadores dos serviços de saúde.

As necessidades demandadas pelos adolescentes usuários de crack.

Tipo de cuidados de saúde que usuários de crack têm acesso.

Tipos de cuidados não recebidos.