

SUS E SUAS: desafios na atenção integral aos usuários de crack e outras drogas na cidade do Recife

197

Estudos Universitários

Fernanda Carvalho¹
Luciana Espindola²

Resumo

O presente artigo se propõe a trazer alguns elementos para discussão sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas³ na contemporaneidade; as relações deste uso com as expressões da questão social; os caminhos de construção e aproximação entre as políticas de saúde (com destaque para estratégia de redução de danos) e de assistência social; bem como, as interfaces dessas duas políticas, SUS e SUAS, no âmbito municipal, para atendimento integral aos usuários que fazem uso abusivo de crack e outras drogas, na cidade do Recife, sobretudo o público jovem. Desta forma, buscaremos apontar algumas das aproximações e dos desafios de tais políticas no momento atual, de maneira a suscitar reflexões pertinentes ao contexto apresentado.

Palavras chave: Assistência social, integralidade, questão social, redução de danos, substâncias psicoativas.

¹ Psicóloga e sanitarista. Atualmente é mestranda no Curso de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, psicóloga do Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC da PCR e membro do GEAD/UFPE (fandaepps@yahoo.com.br).

² Assistente social e mestra em Serviço Social/UFPE. Atualmente é assistente social do IMIP e membro do GEAD/UFPE (luf_espindola@hotmail.com).

³ Lembramos que embora a expressão “substância psicoativa” não seja neutra, na medida em que também engendra um ponto de vista nitidamente biomédico, esta carrega menos pressupostos morais. Permitindo que haja distanciamento dos sentidos, muitas vezes contraditórios, a que o termo “droga” normalmente remete (LABATE, FIORE E GOULART, 2008).

Abstract

The purpose of this article is to highlight aspects of psychoactive substance abuse referring it to social issue expressions and the making of health and social welfare policies. The interface of these two public policies is assessed, particularly, the implementation of harm reduction strategies to provide integral care for drug users, especially, young drug users within Brazilian Unified Health and Social Welfare Systems (SUS and SUAS) at local level in the city of Recife.

Keywords: Harm reduction, integrality, psychoactive substances, social issue, social welfare.

INTRODUÇÃO

O Brasil, a partir do processo de redemocratização no final do século XX, tem seu marco na luta dos movimentos sociais pela conquista de direitos sociais de cidadania, inscritos na Constituição Federal de 1988, denominada como "Constituição Cidadã". A Assistência Social, junto à Previdência e à Saúde, passam a integrar o Sistema de Seguridade Social. Desta forma, a população brasileira passa a dispor legalmente não apenas de garantias democráticas no campo civil e político, mas também no campo dos direitos sociais.

Entretanto, ressaltamos que a configuração das políticas sociais no Brasil se deu tardiamente e na contramão do cenário internacional, ou seja, após a realização do denominado Estado de Bem-Estar Social (Welfare State)⁴ nos países centrais⁵. O Estado brasileiro inclui-se entre os países periféricos, os quais desenvolveram apenas algumas medidas protetivas, quando a condução do Estado de Bem-Estar Social, nos países centrais, já tinha sido

4 O Welfare State não apenas se constituiu numa resposta do Estado às reivindicações da classe trabalhadora, mas também como uma forma do Estado financiar a acumulação de capital através de distintos mecanismos, dentre os quais: subsídios à produção; criação de setores estatais produtivos; financiamento dos excedentes agrícolas, da pesquisa, da tecnologia. Desta forma, o Estado ampliou não só suas intervenções sociais, mas também econômicas (OLIVEIRA apud YASBEC, 2006).

5 Países de capitalismo avançado ou países desenvolvidos, neste caso, podem ser referendadas as experiências do Estado de Bem-Estar Social da França, Inglaterra e a Alemanha.

reavaliada e redirecionada em decorrência das tensões geradas pela ofensiva neoliberal⁶.

Deste modo, no Brasil, a construção tardia do sistema de Seguridade Social, logo após a sua regulamentação, passa a ser objeto de uma ofensiva perversa e conservadora, materializada em propostas e iniciativas de reformas restritivas de direitos, serviços e benefícios (MOTA, MARANHÃO & SITICOVSKY, 2006).

O grande desafio posto ao "Estado Democrático de Direito" em nosso país é equacionar os tensionamentos e contradições entre uma política voltada ao bem-estar da coletividade e as demandas geradas pelo neoliberalismo. Costa aponta que

os princípios que orientavam o paradigma neoliberal na questão social eram absolutamente antagônicos ao da Constituição de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo Estado Mínimo; a seguridade social pelo seguro social; a universalização pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais pelo Estado regulador e pela privatização; e os direitos trabalhistas pela desregulamentação e flexibilização (2009: 696).

Temos, no Brasil, não somente a ofensiva neoliberal, mas também profundas mudanças geradas pela denominada globalização que acelerou e aprofundou ainda mais o desemprego e a miséria. Na década de 1990, o Estado brasileiro submete-se ao movimento de internacionalização do capital. Como os demais países periféricos, adota um modelo de desenvolvimento amparado no endividamento externo, condição inerente à retomada do crescimento econômico e de sua inserção na economia mundializada,

6 A partir dos anos 70 do século XX, o viés do Estado de Bem-Estar Social entra em crise e há o retrocesso às teses liberais, as quais apregoam a defesa da liberdade de mercado e a redução do papel do Estado, tanto no âmbito econômico como no social (OLIVEIRA apud YASBEK, 2006).

7 "No Brasil, também a materialização da questão social enquanto marco político de intervenção das classes e do Estado acompanha os primeiros passos do capitalismo monopolista, em função da formação da sociedade urbano-industrial, bem como da intervenção do Estado - que a partir dos anos 30 rumpe com as propostas liberais clássicas. Momento em que as condições de vida e trabalho dos trabalhadores extrapolam o ambiente privado e entram na esfera pública, através de lutas e movimentos sociais, exigindo o seu reconhecimento enquanto necessidade de classe, razão de serem tratadas como questão social" (MOTA, 2009: 48).

bem como da exigência de uma redefinição de suas funções estatais, que implicam na retração de sua dimensão social. Iamamoto afirmam que

[...] o orçamento da seguridade social, conforme definido na CF/88 é superavitário e suficiente não só para cobrir as despesas com os direitos já previstos, como para permitir sua ampliação. Se isto não ocorre, é porque o orçamento da seguridade social é parte da âncora de sustentação da política econômica, que suga recursos sociais para pagamento e amortização dos juros da dívida pública (2007: 34).

Tal conjuntura trouxe distintos rebatimentos na condução das políticas sociais, destacando-se aqui as políticas de saúde e de assistência social. Apesar dos tensionamentos e disputas ligadas aos interesses dos setores privatistas, a política de saúde brasileira atingiu um nível de estruturação e legitimação que lhe permitiu, com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, oferecer subsídios teóricos, técnicos e políticos aos caminhos de construção da assistência social enquanto política pública, oferecendo, bem recentemente, parâmetros para a construção do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Defrontamo-nos com um descompasso no processo de consolidação da intersetorialidade das políticas de saúde e assistência social, notoriamente, por questões históricas, culturais e socioeconômicas quanto à distinta funcionalidade que ambas exercem no sistema capitalista – a primeira na manutenção da força de trabalho produtiva, e a segunda, voltada àqueles que estão fora do sistema de produção, como desempregados, portadores de deficiência, crianças, e idosos. Essa lógica traz marcantes repercussões na realidade dos serviços, programas e ações disponibilizados à população – inclusive na interface dessas duas políticas –, através dos serviços e ações que as materializam, dentre os quais aqueles relacionados direta ou indiretamente ao atendimento aos usuários que fazem uso abusivo do crack e outras drogas.

A sociabilidade contemporânea traz, cotidianamente, novas motivações para o uso abusivo de substâncias psicoativas, independentemente de classe social, gênero e geração. Doenças como a depressão, aliadas a sentimentos como tristeza, baixa auto-estima e incapacidades de sentir prazer; ansiedades generalizadas; pânico; fobias; transtorno obsessivo-compulsivo também estão cada vez mais presentes frente às dificuldades humanas na atualidade. Neste contexto, o uso de drogas aparece como válvula de escape para essas inúmeras situações, servindo muitas vezes como automedicação (SILVEIRA & MOREIRA, 2006).

Afora os determinantes diretamente relacionados à saúde psíquica referidos acima, outras esferas da vida dos usuários de substâncias psicoativas têm uma relação íntima com a dependência química. Entre elas, está uma de fundamental importância: os determinantes sociais que culminam em situações existenciais nas quais a droga serve de alívio imediato, como atenuante do sofrimento.

A conjuntura contemporânea do Estado brasileiro, como visto, deixa à margem dos direitos sociais básicos esferas consideráveis da classe trabalhadora, favorecendo o agravamento de situações de violência e conflito social. A precariedade das várias instâncias da vida desses sujeitos os coloca em condições de sobrevivência geradoras de angústia, medo e insegurança. Tal situação, associada à limitada proteção do Estado, podem contribuir para a minoração desse sofrimento, com a necessidade de fuga da realidade, através do uso de psicoativos.

Konder (2000), ao tratar da sociedade capitalista e sua organização em torno do mercado, afirma que a partir do momento em que o "homem burguês" permite que suas instituições culturais sejam entregues inteiramente à lógica do sistema mercantil, este tende a viver numa situação de caos, podendo resultar até mesmo no "desmoronamento da sociedade".

O exacerbamento da competição, o bombardeio de informações, a cultura do consumismo exagerado, bem como as novas configurações no mundo do trabalho, segundo Konder, conferem ao movimento desta sociedade a aparência de uma "locomotiva desembestada".

As reações das pessoas são as mais diversas. Uns se imaginam fora do trem, dando palpites. Outros se sentem como passageiros desesperados que querem pular pelas janelas, fugir da viagem. Outros, ainda, pensam em assumir o lugar do maquinista enlouquecido. Outros reiteram sua confiança na direção, declaram que o maquinista deve saber o que está fazendo. E outros rezam para que forças superiores às humanas dirijam a locomotiva (2000: 73).

Em análise acerca do agravamento das expressões da questão social no Brasil, Iamamoto (2007) leva em consideração as mudanças no cenário econômico mundial, cujas repercussões afetaram a qualidade de vida sócio-econômica da classe trabalhadora. Especificamente no mundo do trabalho, em decorrência do processo de reestruturação produtiva, observa-se a intensificação do trabalho, bem como a ampliação da jornada, ao passo que os postos de ofício são reduzidos e aqueles que conseguem manter-se empregados sofrem com a precarização das condições e dos direitos trabalhistas.

Os processos de readequação que a economia nacional vem passando ao longo das três últimas décadas têm repercussões no nível de emprego, na regressão de políticas sociais públicas e no conseqüente agravamento das expressões da questão social, além de impactarem também nas formas de sociabilidade.

Esse cenário, de nítido teor conservador, atinge as formas culturais, a subjetividade, as identidades coletivas, erodindo projetos e utopias. Estimula um clima de incertezas e desesperanças. A debilidade das redes de sociabilidade em sua subordinação

às leis mercantis estimula atitudes e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um 'é livre' para assumir riscos, opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade de desiguais (Iamamoto, 2007: 144).

O USO DO CRACK E AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL

Em uma conjuntura de negação de direitos, a dependência de substâncias psicoativas, dentre elas o crack, aparece tanto como um escopo às situações de violência estrutural, como também traz consequências econômicas e sociais importantes para os indivíduos dependentes químicos, suas famílias e a sociedade. Desta feita, as condições de vulnerabilidade social são agravadas.

É preciso salientar que, só recentemente, as formas de lidar com o uso abusivo de drogas como uma questão de polícia puderam ser minimamente rediscutidas, passando a ser considerado o viés da política pública. De maneira que houve um significativo atraso na viabilização de formas de tratamento que procurassem trabalhar a dependência química em suas causalidades multifacetadas. Foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, vislumbrando na Redução de Danos ao uso abusivo de psicoativos uma estratégia de enfrentamento à problemática das drogas.

Seguindo o exemplo de alguns países europeus, pioneiros na prática da Redução de Danos ao uso abusivo de álcool e outras drogas, o Brasil passa a admitir que as formas repressivas no trato à questão das drogas não vinham surtindo o efeito desejado. O quantitativo de usuários continuava a aumentar, e as consequências sociais e econômicas da dependência traziam reflexos e demandas para as políticas públicas. Assim, passou a ser vislumbrada uma metodologia de tratamento para a questão das drogas, tendo como centralidade o respeito às escolhas do usuário, entendendo-o como sujeito de direitos, oferecendo a este e à população em geral a socialização de informações quanto ao uso de psicoativos de forma menos nociva à saúde dos usuários.

Desta feita, a Redução de Danos parte de algumas premissas inovadoras para a realidade brasileira, sobretudo a de que existem usuários que não podem, não conseguem ou não querem parar o uso; e que a estes devem ser ofertados serviços de qualidade, que trabalhem as determinações que estão subjacentes à dependência dos psicoativos. Com a institucionalização da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, admite-se que a abstinência não deve ser unicamente a finalidade dos serviços de atenção aos usuários. Reconhece-se que as drogas sempre fizeram parte da história da humanidade e que a perspectiva de um mundo livre de drogas é utópica. Deve-se, portanto, evitar ou minimizar os danos oriundos do uso de drogas nas várias esferas da vida dos usuários e da comunidade.

Dentro das estratégias da proposta de Redução de Danos, a questão da prevenção alcança lugar de destaque. A Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, entende a prevenção “como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção” (BRASIL, 2004b: 31).

Uma das estratégias de prevenção ao uso abusivo de drogas, diz respeito ao seu contexto social e cultural e aos determinantes econômicos que subjazem a sua vida em sociedade. Ou seja, a redução dos fatores de vulnerabilidade e de riscos específicos tem uma relação direta com a qualidade de vida dessas pessoas, com a garantia ou não de seus direitos, com o acesso aos serviços públicos de qualidade, às políticas públicas, dentre outros.

Com a finalidade de visualizar os determinantes sociais e econômicos que subjazem o uso abusivo de substâncias psicoativas na parcela jovem da sociedade brasileira, pesquisas apontam que as crianças e adolescentes em situação de rua entram em contato com as drogas após o rompimento de vínculos sociais mais sólidos, como família e escola. O consumo é iniciado quando a criança passa a fazer parte da sociabilidade da rua, onde, por conta do estado de fragilização em que se encontram e do alto

índice de periculosidade, fazem uso das drogas como estratégia mesmo de sobrevivência, ou como instrumento de integração em grupos, seja como fuga ou faceta para suportar as dificuldades que vivem (RIGATO, 2002; LESCHER, 1999).

É possível ainda fazer uma articulação entre o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes e a situação social que vivenciam, sem necessariamente ter os vínculos familiares rompidos, pois, de acordo com Lescher & Rigato (2006), algumas das situações consideradas de risco para o consumo de drogas são identificadas no cotidiano desses jovens, quais sejam: dificuldades socioeconômicas; contextos familiares expulsivos; comportamentos ilícitos; evasão escolar; uso de drogas entre irmãos e familiares; e permanência de grande parte do tempo na rua, seja para situações de lazer (desprotegido), seja em busca de sobrevivência.

Compreendendo a estreita relação entre o consumo de drogas e a importância das relações sociais, culturais e econômicas nesse processo, é possível identificar a necessidade de melhoria nas condições reais de vida dessas pessoas, bem como o fortalecimento de vínculos sociais protegidos. Embora não haja uma relação causal entre a pobreza dos jovens e o consumo de drogas, trabalhando-se no sucesso das prerrogativas acima, é possível que o consumo e os riscos derivados deste consumo diminuam entre essa população. De acordo com Lescher & Rigato, “o restabelecimento dos vínculos sociais [...] tem sido apontado como um dos principais elementos da prevenção e tratamento do uso de drogas, já que a prevalência de uso entre jovens excluídos que ainda mantêm laços familiares e escolares é consideravelmente menor” (2006: 334).

DROGAS E ASSISTÊNCIA SOCIAL: ALGUMAS APROXIMAÇÕES

Compreendemos que, em tese, toda e qualquer substância psicoativa é ilícita para crianças e adolescentes. Mas, tal dimensão jurídica não dá conta da realidade na qual se encontram crianças

B Famílias que vivem em situação de extrema pobreza; casos de violência familiar; familiares dependentes químicis; arranjos familiares considerados não-inclusivos.

e adolescentes, principalmente nos grandes centros urbanos de nosso país. Pesquisadores e estudiosos têm buscado compreender frente à atualidade as características desta fase da vida, as significações e implicações do uso de drogas e a descontinuidade desta importante faixa etária populacional nos tratamentos disponíveis, (KAMINER & SZOBOT, 2004; SIMÕES, 2006). Sobre tudo, considerando que o uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes têm aumentado (BRASIL, 2005). A maior atenção, em termos de saúde pública, deve ser dada à prevenção primária e ao tratamento ambulatorial, que consiste na indicação de aproximadamente 70% dos casos que chegam aos serviços. Nesse tipo de atendimento, há diferentes modalidades disponíveis e com efetividade comprovada (KAMINER & SZOBOT, 2004).

No âmbito da Assistência Social, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS estabelece o direito a dois níveis de proteção social: a proteção social básica e a especial – esta última hierarquizada como de média e de alta complexidade. A proteção social básica envolve ações que visam prevenir “situações de risco social através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a: 33).

Na Proteção Social Básica, as equipes dos Centros Regionais Assistência Social – CRAS devem valorizar o desenvolvimento das ações no âmbito territorial, que visem o fortalecimento de iniciativas relacionadas aos fatores de proteção social. Para tanto, é importante desenvolver intervenções nas comunidades direcionadas ao apoio familiar, à inserção na rede oficial de ensino, à participação em atividades culturais, de lazer, ao acesso em cursos profissionalizantes, de geração de renda e emprego.

9 Por proteção social entendem-se as formas “às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. Inclui neste conceito também tanto as formas seletivas de distribuição de bens materiais (como comida e dinheiro), quanto os bens culturais (como saberes), que permitirão a sobrevivência e integração, sob várias formas de vida social. Inclui ainda, os princípios reguladores e as normas que com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades” (DI GIOVANNI, apud YASBEK, 2006: 127).

10 Destina-se “à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras)” (BRASIL, 2004a: 33).

Nos CRAS, trabalha-se também na diminuição dos fatores considerados de risco, como a exposição a possíveis situações de violação de direitos. O foco de atuação deve ser, sobretudo, na prevenção das situações globais de risco, dentre os quais se inclui o uso abusivo de substâncias psicoativas; devendo-se promover ações de caráter intersetorial de maneira sistemática em articulação com as entidades e grupos locais.

Já a Proteção Social Especial compreende ações destinadas às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social e com seus direitos violados. Caracteriza-se como proteção social especial de média complexidade os serviços para as famílias ou indivíduos cujos direitos foram violados, mas os vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Considerando a tipificação dos serviços temos, para a coordenação desse nível de proteção, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, que visam à orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário.¹¹ Já os de alta complexidade são aqueles voltados para famílias ou indivíduos “que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando serem retirados do seu núcleo familiar e/ou comunitário” (BRASIL, 2004a: 38). Na tipificação dos serviços, são aqueles que garantem a proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido, ou seja, os espaços de acolhimento institucional tais como Casa Lar, República, Casa de Passagem, Albergue¹² – e destinam-se ao atendimento específico de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos em situações extremas de risco social. Lembramos que acolhimento institucional de crianças e adolescentes é medida de proteção de caráter excepcional e temporário, conforme previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990). Já quando se destina aos idosos, caracterizam-se como de longa permanência, devido à maior dificuldade de reinserção familiar e comunitária dessa faixa etária.

11 São exemplos dos serviços de proteção social especial de média complexidade: Serviço de orientação e apoio sociofamiliar; Plano Social; Abordagem de Rua; Serviços de Habitação e Reabilitação de pessoas com deficiência na comunidade; Medidas socioeducativas em meio aberto (Prestação de Serviço na Comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA, conforme previsto no ECA) (BRASIL, 2004a: 38).

12 Bem como modalidades de atendimento como Família Substituta, Família Acolhedora, Trabalho Protegido; Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdades (confinamento, internação provisória e sentença). Estas últimas pertencem à responsabilidade do Governo do Estado.

Em relação à proteção social especial de alta complexidade, ressaltamos que o ECA incorpora as crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, dentre os quais o direito a convivência familiar e comunitária. No entanto,

a garantia deste direito dependerá do desenvolvimento de ações intersetoriais, amplas e coordenadas que envolvam todos os níveis de proteção social e busquem uma mudança não apenas nas condições de vida, mas também nas relações familiares e na cultura brasileira para o reconhecimento das crianças e adolescentes como pessoas em desenvolvimento e sujeitos de direitos (BRASIL, 2006: 64).

Nesse campo, a discussão em relação às especificidades no atendimento de crianças e adolescentes é algo ainda incipiente, configurando-se como um terreno difuso, marcado por limites e contradições. Percebemos ainda, um distanciamento na perspectiva de um atendimento especializado quanto ao consumo de crack e outras drogas destinado aos jovens. Contexto mais dramático refere-se àqueles que se encontram em situação de rua, cometendo delitos para manter a ingestão de substâncias psicoativas ou ameaçados de morte, principalmente, por contração de dívidas não pagas aos traficantes.

Pelas questões sinalizadas, faz-se necessário que os profissionais do âmbito da assistência social possam compreender qual a perspectiva da política oficial de álcool e outras drogas, preconizada pelo Ministério da Saúde. Pois, toda ação desta natureza, que envolve os usuários atendidos no âmbito da assistência social, deve se dar através da articulação com a rede pública de saúde, embora não necessariamente se restrinja a ela. Sobretudo, considerando que, no âmbito das políticas públicas, uma rede de serviços destinada ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas como visto, ainda é uma realidade muito recente.

A gestão da assistência social brasileira é acompanhada e avaliada pelo poder público e pela sociedade civil, mediante o exerci-

cio de controle social, igualmente representados nos conselhos nacional do Distrito Federal, estaduais e municipais de assistência social. Se por um lado esse controle social visa favorecer um modelo de gestão transparente em relação às estratégias e à execução da política; por outro, o incentivo à participação mais ativa da sociedade civil, frente às recorrentes ações de parcerias, solidariedade, voluntariado, tem servido para encobrir o processo de desmonte das políticas de proteção social. Nessa relação ambígua entre Estado e sociedade civil, esses

[...] novos desenhos organizativos que anulam os espaços de conflito por meio de uma contenção social que acaba servindo de base de legitimação dos governos neoliberais. É para reforçar a ação direta dessa dita sociedade civil que se mobiliza um antiestadismo, mistificador das relações sociais. O horizonte em torno do qual se organiza esse debate é um horizonte que não prevê ou não desenha nenhuma utopia, nem projeto de mudança social (IVO, 2008: 84).

Desta forma, compreendemos que através das disputas locais, nos distintos territórios e comunidades – espaço privilegiado de construção e materialização das políticas sociais –, a descentralização, principalmente no campo da assistência social, teve seu ritmo de operacionalização atrelado às iniciativas de cada município. Que, por sua vez, foram mais autônomas e exclusivamente dependentes da capacidade financeira e da vontade política municipal (FONSECA & VIANA, 2008), como veremos a seguir nas particularidades da cidade do Recife.

Construção das políticas e rede de serviços

A origem da assistência social no Recife vinculava-se as mesmas práticas de caridade de cunho religioso e de iniciativas voluntárias de ajuda aos necessitados como dever moral, conforme as ações desenvolvidas nas demais cidades brasileiras.

Segundo análise presente no diagnóstico de gestão do governo municipal, intitulado "Recife Cidade Saudável", os indicadores sociais da cidade que expressam o quadro da pobreza e exclusão social e a rede física de sustentação da assistência social no município revelaram que as gestões municipais anteriores "negaram" a Política de Assistência Social como uma política centrada no direito e promoção de cidadania, optando pelo assistencialismo conservador. "Sob essa égide, [...] foi estruturada a Legião Assistencial do Recife - LAR, sociedade civil de fins filantrópicos, a qual possui grande penetração social e desde sua fundação, em agosto de 1979, tem sido a principal gestora e executora do assistencialismo conservador" (RECIFE, 2001: 08).

Desta maneira, na trajetória recente da Assistência Social neste município, temos, através do processo de redirecionamento¹³ da Política Municipal de Assistência Social, em 19 de junho de 2001, a criação da Secretaria da Política de Assistência Social - SPAS¹⁴. Como consequência, em 2003, se deu a extinção da Legião Assistencial do Recife - LAR¹⁵, após três décadas de funcionamento, e em seu lugar foi criado o Instituto de Assistência Social e Cidadania - IASC. Assim, a Política Municipal de Assistência Social em Recife passou a ser conduzida conjuntamente pela SAS e pelo IASC.

13 Deu-se em decorrência do fato do então Prefeito João Paulo ter assumido o Governo Municipal, em 1º janeiro de 2001, e constatado que a Assistência Social não havia alcançado o patamar de política pública de seguridade social, sob a ótica dos princípios e diretrizes da LOAS (RECIFE, 2001: 22).

14 A partir de uma reforma administrativa do governo municipal, em 2005, a Secretaria da Política de Assistência Social passa a ser denominada como Secretaria de Assistência Social (SAS).

15 Embora a Secretaria de Políticas Sociais fosse oficialmente a coordenadora da política de assistência social, a Legião Assistencial do Recife - LAR assumia esse papel sob o comando da primeira dama do município, reforçando a perspectiva clientelista e tuteladora da assistência social no município (RECIFE, 2001).

O IASC, autarquia municipal criada pela lei 16.845/03, vinculada à SAS, destina-se a desenvolver ações e prestar serviços de assistência social, direcionados ao resgate de direitos da população em situação de vulnerabilidade social com vínculo familiar fragilizado (proteção social especial de média complexidade); rompido (proteção social especial de alta complexidade), incluindo população vitimada por ocorrências sociais, pessoais ou de calamidade pública, objetivando assegurar a proteção e a inclusão social.

Em 2003, em consonância com a perspectiva da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas, antes mesmo da sua regulamentação¹⁶, implantou-se em Recife, através da Secretaria de Saúde, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Alcool, Fumo¹⁷ e Outras Drogas, denominada, particularmente neste município, de Programa +Vida.

Na constituição de uma rede municipal de atendimento nesta área, dá-se o processo de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial em Alcool, Fumo e outras Drogas – CAPsAD e dos Albergues Terapêuticos, denominados de “Casas do Meio do Caminho” – CMC.

Desta maneira, começa a estruturação de uma rede pública municipal de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, espaço até então ocupado por alguns serviços ligados ao Governo Estadual, como o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo – CPTRA e o Eulámpio Cordeiro – os quais foram municipalizados e caracterizados como CAPsAD; assim como pela sociedade civil, através de ONGs, Comunidades Terapêuticas e entidades filantrópicas de caráter religioso (ALBUQUERQUE, 2008).

16. A Portaria (GM 1059/05 (BRASIL, 2005), do Ministério da Saúde, regulamentou a Política de Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas e redução de danos em serviços, possibilitando um incentivo financeiro para municípios que já contavam com os Centros de Atenção Psicossocial de Alcool e Drogas – CAPsAD; implantados através da Política de Saúde Mental, como é o caso da cidade do Recife, que já contava com tal serviço desde 2001.

17. Uma particularidade da política municipal foi incorporar a palavra fumo, visando explicitar a priorização da gestão em relação ao controle do tabagismo.

Atualmente, a estruturação da rede de atendimento de Recife aos usuários de substâncias psicoativas é composta por seis CAPsAD. Cada um localiza-se em uma das Regiões Político Administrativas do Recife – RPAs, assim distribuídos: Distrito Sanitário I – DSI – CAPsAD Luiz Cerqueira; DSII – CAPsAD Estação Vicente Araújo; DS III – CAPsAD Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo – CPTRA; DS IV – CAPsAD Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana – CECRH; DSV – CAPsAD Prof. René Ribeiro; DSVI – CAPsAD Prof. José Lucena. Quatro albergues terapêuticos, denominados de “Casas do Meio de Caminho”, complementam esta rede de serviços: CMC Luís Cerqueira, CMC Celeste Aida e CMC Antonio Nery Filho e o Centro Jandira Mansur, uma Casa de Referência para mulheres.

Com a implantação dos Consultórios de Rua, em dezembro de 2010, a perspectiva é que as ações de Redução de Danos ganhem mais capilaridade nos distintos territórios da cidade do Recife. Com esta iniciativa, os Agentes Redutores de Danos, a partir de uma relação de confiança e construção de vínculos, podem adentrar mais facilmente nas comunidades ao encontro dos usuários das diversas faixas etárias. Os Agentes Redutores de Danos, através dos Consultórios de Rua, visam melhor oportunizar aos usuários, entre estes a população em situação de rua, o acesso às orientações e medidas de proteção aos diferentes tipos de exposição e vulnerabilidade decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas.

Em setembro de 2011, se realizou em Recife, o “Ato de Lançamento de Ação Integrada de Atenção ao Crack e Outras Drogas”, no qual se apresentou as ações no campo da assistência social e de saúde, além se buscar dar visibilidade aos programas, serviços

18 Dispõe, também, de um Centro de Referência e Acolhimento aos Usuários de Drogas – CRAUD, implantado pelo Governo Estadual, através da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos – SEDSDH, em decorrência do Plano de Ações Integradas de Enfrentamento às Drogas. Este serviço atende a Região Metropolitana do Recife e tem como finalidade acolher, cadastrar e realizar um processo de triagem, visando a articulação com outros órgãos. Esse tipo de serviço é caracterizado como porta de entrada da rede do Estado de Pernambuco. No entanto, um dos principais desafios que podemos identificar é justamente a ausência de serviços que possam ser denominados como parte da rede. Esta situação agrava-se quanto mais se interioriza os municípios, incluindo-se os centros especializados para tratamento de crianças e adolescentes.

19 Secretaria de Saúde; Secretaria da Assistência Social; Secretaria de Educação Esporte e Lazer; Secretaria Especial de Políticas para a Juventude; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico; Secretaria de Direitos Humanos e Segurança Cidadã; Secretaria de Cultura; Fundação de Cultura da Cidade do Recife; Secretaria Especial da Mulher; Secretaria Especial de Gestão e Planejamento; Secretaria de Comunicação Social.

e ações desenvolvidas pelas diversas secretarias¹⁹ do município, no sentido de um fazer articulado e comprometido de cada uma delas em relação à problemática em questão.

Desafios aos possíveis caminhos no atendimento integral aos usuários de crack e outras drogas

Apesar da ampliação da rede de serviços no âmbito da assistência social, como o CRAS, CREAS e iniciativas como os Consultórios de Rua, muitos desafios ainda estão postos. Dentre os quais, está o atendimento nos CAPSAD, sobretudo às crianças e adolescentes, quanto ao uso de crack e outras drogas, visto que este público dificilmente se dispõe a participar do atendimento ou dar continuidade ao mesmo.

Tal situação traz implicações na construção de um possível projeto de vida dos adolescentes, que extrapole a dimensão da vida individual destes e desemboque no contexto de vida social da coletividade. Quando a situação de dependência instala-se, o adolescente tende a não vincular-se à rede escolar, aos escassos cursos profissionalizantes existentes. Soma-se a isto o fato de que, ao ficarem expostos às graves situações de risco, colocam sob ameaça a sua vida e a dos seus familiares.

No entanto, não podemos restringir tais dificuldades apenas como inerentes à própria adolescência e/ou ao contexto socioeconômico e/ou familiar. Desta forma, incorreríamos no risco de naturalizarmos a questão e não aprofundarmos a compreensão sobre tal problemática. É fundamental identificarmos possíveis alternativas que possam contribuir para uma melhor adesão dos adolescentes em relação ao atendimento referente ao consumo abusivo de substâncias psicoativas, bem como repensar as estratégias de atendimento já disponibilizadas. Reconhecendo-se que uma proposta terapêutica específica para os adolescentes ainda está por vir.

Os autores destacam a necessidade de um maior preparo profissional e institucional, que nem sempre é alcançado, para que se

desenvolva o atendimento desse segmento populacional. Eles reforçam a relevância de se trabalhar em rede, agregando diversas instituições que atendam diferentes demandas. Neste sentido, chama-nos atenção, no campo da assistência social, a importância do desenvolvimento de estudos relacionados aos possíveis desafios quanto ao atendimento de adolescentes que fazem uso abusivo de drogas, quais sejam: 1) a não compreensão de parte significativa dos profissionais em relação à estratégia da redução de danos; 2) as dificuldades destes profissionais em lidar com a questão do consumo de drogas, destacadamente quando por parte dos adolescentes; 3) a inexistência de um trabalho educativo sistemático que perpassa a questão do uso de substâncias psicoativas de forma crítica, reflexiva e que favoreça aos usuários uma atitude pró-ativa e não culpabilizadora e moralista. A não priorização desta temática no campo da assistência social, no âmbito municipal, possivelmente também tem contribuído para essa situação²⁰.

Os profissionais dos CAPsAD tendem a identificar o não engajamento dos adolescentes às suas condições pessoais e sócio-familiares sem, no entanto, refletirem sobre as possíveis questões que perpassam a organização do serviço e as especificidades destes jovens, dentre elas, a aplicação de regras rígidas de funcionamento. Por vezes, as medidas administrativas afastam principalmente os adolescentes com perfil de vivência de rua. Mesmo quando os profissionais buscam uma relação mais dialógica, precisam considerar, segundo Scaduto & Barbiere, que "o foco em regras pode configurar uma hierarquia desfavorecedora da adesão" (2009: 611).

Aliando às questões anteriores, temos ainda a baixa articulação entre os serviços da assistência social e de saúde, que fragiliza a construção de novas alternativas quanto a um trabalho intersectorial que favoreça o atendimento integral ao adolescente e seus familiares. Pois, é preciso, ainda, maior investimento por parte do governo para que o CAPsAD esteja inserido nas comunidades

20 No entanto, o governo de Pernambuco, através da Secretaria Executiva de Desenvolvimento e Assistência Social - SEDAS, tem realizado um processo de capacitação denominado Plano Estadual de Capacitação às equipes do Sistema Único de Assistência Social - SUAS: Prevenção e Vigilância no enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Informações no site: <http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/capacitacao/capacitacao.php>.

como preconiza sua estratégia, uma vez que ainda hoje o CAPsAD atua muito mais como um instrumento ambulatorial do que propriamente comunitário.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a intersetorialidade esteve no centro do debate. Nesta, o coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Paulo Delgado, reconhece a fragilidade de articulação entre os serviços de saúde e de assistência social, afirmando que “a saúde mental não tem que incorporar outras áreas, mas se abrir para elas”. Sua crítica é de que os CAPsAD, por exemplo, não conhecem os CRAS e vice versa (MACHADO & DOMINGUEZ, 2010: 13).

Esta frágil intersetorialidade entre os serviços de saúde e assistência social nos espaços extramuros institucionais, ainda presente nos dias atuais, faz com que não percebamos uma clareza nessa articulação, no sentido de uma atuação mais integrada quanto à população atendida pelos serviços de ambas às políticas, desde a proteção social básica até os serviços de média e alta complexidade.

Tal situação pode mostrar-se mais preocupante diante da complexidade que envolve o dimensionamento do consumo de drogas na atualidade. De maneira que destacamos o posicionamento defendido por Ratton (2010) sobre a importância de uma atuação integrada dos sistemas de assistência social (SUAS) e de saúde (SUS) na busca por alternativas frente a essa realidade. Entre as ações a serem desenvolvidas, o mesmo refere o aumento no número de leitos, a interiorização das ações, o diagnóstico de grupos vulneráveis através dos Centros de Referência, capacitação de profissionais de saúde para trabalhar de forma articulada, atenção especial para tratamento de crianças e adolescentes, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental afinar a relação entre as estratégias de Redução de Danos e a busca por melhores condições de vida dos usuários de drogas. Nesse sentido, a observação dos matizes sociais que

podem estar relacionados ao uso abusivo de drogas é primordial para a problematização das refrações da Questão Social na vida desses sujeitos. Trabalhar nessas prerrogativas pode configurar-se como uma estratégia de transformação da relação do usuário com a droga, uma vez que a situação de uso/abuso dessas substâncias está imbricada de múltiplos determinantes, se apresentam de várias ordens, entre elas, a social.

A concretização da integralidade e intersetorialidade nos campos da saúde e, sobretudo, da assistência social no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas configura-se como um desafio, e versa sobre a necessidade imperativa de romper com a descontinuidade e fragmentação – características que ainda têm marcado as políticas públicas na atualidade.

O Ministério da Saúde, ao se referir ao Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, já reconhecia o vácuo em relação ao atendimento das especificidades de crianças e adolescentes. Porém, denota restringir-se àquelas portadoras de transtorno mental e não dá a devida atenção a questão do uso de drogas por este segmento (BRASIL, 2005).

Conforme Lobato (2010) aponta, o Estado tem posição privilegiada, embora não exclusiva, nas mudanças ou reproduções das instituições – estas entendidas enquanto idéias, valores e normas que pautam a vida social. As políticas públicas, na medida em que definem orientações governamentais que sedimentam ou alteram a posição estatal em relação aos problemas das coletividades, contribuem para esse processo; bem como, orientam concepções, definem estratégias, alocam recursos e distribuem valores para a sociedade, podendo, desta forma, contribuir para consolidação de uma nova institucionalidade em relação a diversos temas – dentre eles, os de ordem social, e, nesse interim, a busca por estratégias voltadas ao atendimento integral aos usuários de crack e outras drogas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. R. Casas do Meio do caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2008.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069. Brasília, 1990.

_____. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004a.

_____. Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Série B, Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Plano Nacional de Promoção, Proteção e defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.

COSTA, N. R. A proteção social no Brasil: universalização e focalização nos governos FHC e Lula. In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.14, n. 3, p. 693-706, 2009.

FONSECA, A. & VIANA, A. L. Tensões e avanços na descentralização das Políticas Sociais: o caso do Bolsa Família. In: FLEURY, S. (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2008.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IVO, A. Viver por um fio: pobreza e política social. São Paulo: Annablume, 2008.

KAMINER, Y. & SZOBOT, C. O tratamento de adolescentes com transtorno por uso de substâncias psicoativas. In: SZOBOT, C. Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto, 2004.

KONDER, L. Os Sofrimentos do "Homem Burguês". São Paulo: Editora SENAC, 2000.

LABATE, B., FIORE, M. & GOULART, S. Introdução Drogas e Cultura: novas perspectivas. In: Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

LANCETTI, A. A Clínica Peripatética. Políticas do Desejo. São Paulo: Hucitec, 2006.

LESCHER, A. Cartografia de uma rede – reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da Cidade de São Paulo. São Paulo: UNIFESP, 1999.

LESCHER, A. D. & RIGATO, F. D. Consumo de Drogas e Privação de Direitos. In: SILVEIRA, D. X. & MOREIRA, F. G. (Org.). Panorama Atual de Drogas e Dependências. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LOBATO, L. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. In: Ciência e Saúde Coletiva, vol. 14, n. 3, p. 14-28. Rio de Janeiro: 2010.

MACHADO, K. & DOMINGUEZ, B. A Palavra é intersetorialidade. In: Revista Radis, n. 97. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

MOTA, A. E. Questão Social e serviço social: um debate necessário. In: Mota, E. (Org.). O mito da Assistência Social: ensaios sobre o Estado, Política e Sociedade. 3ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, A. E., MARANHÃO, C. & SITCOVSKY, M. O Sistema Único de Assistência Social e a Formação Profissional. In: Serviço Social & Sociedade, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

RECIFE. Proposta da Gestão Recife Cidade Saudável: reformulação da política e reestruturação da Rede Governamental da Assistência Social. Recife: o autor, 2001.

RIGATO, F. D. Descrição do perfil sociodemográfico e avaliação de comportamentos de risco de crianças e adolescentes atendidos pelo Projeto Quixote. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: UNIFESP, 2002.

SILVEIRA, D. X. & MOREIRA F. G. Reflexões Preliminares sobre a Questão das Substâncias Psicoativas. In: SILVEIRA, D. X. & MOREIRA, F. G. (Org.). Panorama Atual de Drogas e Dependências. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SIMÕES, M. P. Adolescência e uso de drogas. In: Panorama Atual das Drogas e Dependências, São Paulo: Atheneu, 2006.

YAZBEK, M. C. A Assistência Social na prática profissional: história e perspectivas. In: Serviço Social & Sociedade, n. 85. São Paulo: 2006.

