O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: a experiência de um acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro

Kelly Porto[1]

Rachel Gouveia Passos[2]

Resumo

Não é de hoje que o uso de drogas faz parte de nossa cultura. Tomando essa afirmativa como base, o presente artigo tem por objetivo dissertar sucintamente acerca das iniciativas voltadas ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, perpassando, no atual contexto, pelas Políticas de Assistência Social e Saúde. Como forma de ilustração desta produção literária, tomaremos como referencial empírico uma análise da realidade de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, acolhidas em um espaço de abrigamento do município do Rio de Janeiro. Para tal, utilizaremos dados coletados em pesquisa quali-quantitava, no período de 2009/2010.

Palavras-chave

Políticas Públicas; Criança e Adolescente; Drogas

The use of psychoactive substances by children and adolescents: the experience of an institution in the municipality of Rio de Janeiro

Abstract

It is not today that drug use is part of our culture. Taking this statement as a basis, this article aims, lecture briefly about the initiatives geared to the use of psychoactive substances in Brazil, passing in the current context, the Social Welfare Policy and Health. By way of illustration of this literary production, we will take as empirical reference, a kids reality of analysis and adolescents use psychoactive substances, accepted, in a shelter space in the city of Rio de Janeiro. To do this, we will use data collected in qualitative and quantitava research in 2009/2010 period.

Keywords

Public Policy; Children and Adolescents; Drug

Introdução

Diante do cenário que está sendo vivenciado em relação às políticas direcionadas para o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, localizam-se alguns pontos emblemáticos que perpassam em relação ao atendimento e estratégias que vêm sendo adotadas. Pode-se destacar que quando se problematiza, principalmente, o uso de álcool e outras drogas por parte de crianças e adolescentes, identificamos tensões que passam não só pelos valores sociais instituídos, mas também pela legislação protetiva a esse público.

No quadro atual de políticas públicas voltadas para os usuários de substâncias psicoativas,apresentam-se duas principais legislações:a Política Nacional Sobre Drogas, vinculada à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, vinculada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. É importante assinalar sucintamente a forma como ambas orientam as ações da sociedade e dos serviços de saúde quanto aos usuários de substâncias psicoativas, a partir de enfoques com particularidades diferenciadas.

No que diz respeito à Política de Assistência Social, a mesma também prevê o atendimento a esse público, identificando-o como sujeitos em situação de risco social. A partir dessa concepção, adotou-se enquanto estratégia o acolhimento de crianças e adolescentes em dispositivos assistenciais, principalmente nas modalidades de acolhimento institucional. Posteriormente, com a Resolução da Secretaria Municipal de Assistência Social Nº 20, regulamentava-se parte desse trabalho, quando estabelecia protocolo do serviço especializado em abordagem social. O discurso político que norteava as ações que complementavam esse trabalho, em torno de uma população "excluída e marginalizada", girava em torno da preocupação com as condições de vida que se estabeleciam nas ruas, e principalmente nas cracolândias. Todavia, ações do Ministério Público, que vieram à tona alguns anos depois, denunciavam a lógica higienista que atravessava a cidade, face à posterior agenda política e cultural, que preocupava-se com a "limpeza" das ruas mediante a aproximação da Copa do Mundo e Olimpíadas.

Em se tratando de um cuidado promovido pela Saúde, sinalizamos que a Portaria 121, de 2012, do Ministério da Saúde, institui as Unidades de Acolhimento infanto-juvenis, com caráter transitório, para aqueles que apresentam necessidades recorrentes ao uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas. Logo, é possível promover um outro modelo de cuidado para esse público, que

encontra-se em vulnerabilidade e risco social, por meio da atenção em saúde mental e não pelo simples abrigamento. Entretanto, o dispositivo citado existe somente no município de Niterói.

Nesse caminho, o presente artigo pretende apresentar a experiência desse "cuidado" voltado às crianças usuárias de substâncias psicoativas, principalmente o crack, constituindo-se enquanto resposta dada pela Assistência Social no município do Rio de Janeiro, no ano de 2009. Para tal análise, utilizamos dados coletados em pesquisa quali-quantitava, no período de 2009/2010. É claro que não podemos deixar de assinalar aqui que iniciativas de acolhimento institucional são importantes, todavia, não podem substituir a atenção em Saúde Mental para esse público específico.

Um breve histórico acerca do uso de drogas no Brasil

Até o começo do século XX, o Brasil não tinha qualquer controle estatal sobre as drogas que eram toleradas e usadas por jovens das classes média e alta, filhos da oligarquia da República Velha. No início da década de 1920, o Brasil começou efetivamente um controle. Naquele momento, o "vício", até então limitado aos "rapazes finos", passou a se espalhar nas ruas entre as classes sociais "perigosas", ou seja, entre os negros e pobres, o que começou a incomodar (SOUZA, 2010).

Em 1921, surge a primeira lei restritiva na utilização do ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil (seguindo o modelo proibicionista de Haia, preconizado pelos Estados Unidos), passível de punição para todo tipo de utilização que não seguisse recomendações médicas. A maconha foi proibida a partir de 1930 e em 1933 ocorreram as primeiras prisões no país (no Rio de Janeiro) por uso da droga.

Pode-se ilustrar essa postura brasileira, motivada por acordos externos, por meio do Decreto-Lei nº 89/1938, editado pelo Estado Novo de Getúlio Vargas, que sofisticava as determinações antidrogas vigentes no país desde a lei de 1921, baseando-se nos documentos assinados nas convenções de Genebra de 1931 e 1936. A lógica proibicionista tem como continuidadea Lei n° 6.386/1976, permanecendo como a ampliação de determinações anteriores e que, com alguns ajustes posteriores, permanece em vigor no Brasil. Após a criação dessa lei, o Brasil permaneceu pautado em ações dessa natureza até a criação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras drogas, publicada em 2003. Contudo, outras instâncias e políticas surgiram nesse ínterim.

Em 1980, foram criados os primeiros órgãos para tratar a questão das drogas no país em nível federal, estadual e municipal. Atendendo à Lei 6368/1976,

surgiu o Decreto n° 85.110, de 02 de setembro de 1980, que estabeleceu a criação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM), dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENs) e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENs). Todos ligados ao Ministério da Justiça e às Secretarias de Justiça dos Estados e Municípios.

É importante ressaltar que as ações provenientes de tal sistema e seus conselhos reforçam a visão popular de criminalização do usuário de substâncias psicoativas, sem fazer distinção entre o tipo de uso feito pelo sujeito. Segundo Veloso, Carvalho e Santiago (2006), o usuário de álcool e outras drogas é visto como alguém "fora da lei", que infringe a lei em vigor.Isso ocorre porque as intervenções feitas pela legislação vigente eram mais de cunho repressivo e destinadas às drogas ilegais, quando, na verdade, deveriam focar em ações preventivas, de tratamento e posteriormente favorecendo a desconstrução social da criminalização das drogas.

Neste período, não fora implementada uma Política Nacional de Drogas e sim algumas ações voltadas para a repressão da produção, do comércio e do consumo das substâncias ilícitas. Bucher (1992) afirma que mediante um estudo focado no documento "Política Nacional na Questão das Drogas", criado pelo COFEM, em 1988, não existiu nenhuma política na área das drogas até a década de 1990, pois a política não conseguiu se tornar viável devido às mudanças no governo, e consequentemente nas pessoas que compunham as áreas da justiça, educação, saúde e previdência.

No ano de 2000, foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas, trazendo para a contemporaneidade um debate acerca das questões provenientes do uso das drogas e gerando, posteriormente, a elaboração da Política Nacional Antidrogas, que entra em vigor a partir de 11/12/2001, no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. A Política Nacional Antidrogas conta com a participação da sociedade integrada às ações das diferentes esferas de governo, privilegiando a prevenção ao uso indevido e investindo nas ações de redução da oferta;preconiza ainda a ideia de uma "sociedade sem drogas". Cabe ressaltar que foi na III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, que houve a entrada da saúde mental para disputar a liderança da área das drogas.

A mesma, apresenta em seu capítulo introdutório grande preocupação com o uso de drogas associado à "ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os

Estados e sociedades" (BRASIL, PNAD, 2001, p.2). Destaca ainda considerações acerca dos "prejuízos às nações", aproximando-os aos crimes como violência e tráfico. Tal relato demonstra "para que veio", através de fala moralista e conservadora, uma vez que não é notória a preocupação com o sujeito que ora faz uso da droga. O que se faz presente é uma preocupação com a questão econômica do país, uma vez dados "os prejuízos às nações".

Dois anos depois da implementação da PNAD, já no mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, se configurou uma nova diretriz para a saúde em relação ao trato dos cuidados aos usuários de álcool e drogas (Política para Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas). Contudo, apenas em 2005, sob influência do Ministério da Saúde, foi que essa diretriz tornou-se uma política, possibilitando uma outra estratégia que não fosse apenas o "combate às drogas".

A política em tela surge como "contraproposta" de um modelo de diversas "alternativas de atenção" de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência. Suas diretrizes encontram-se em consonância com os princípios da política de saúde mental e propõem a descentralização dos serviços a serem realizados em equipamentos "extra-hospitalares", próximos ao seu convívio (RODRIGUES, 2006). Desta forma, um novo segmento de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), com a especificidade do cuidado a usuários de álcool e outras drogas, surge: o CAPSad.

Retomando a lógica da Política do Ministério da Saúde, é importante ressaltar que a mesma, antes mesmo da iniciação de sua proposta, apresenta em seu texto a construção de um panorama nacional com bases estatísticas que apontam a necessidade de implementação de um modelo de atenção, cuja abordagem se dê a partir da preocupação com o problema de saúde pública, e não, quase que exclusivamente, com o enfoque na redução da oferta.

Sendo assim, pensando na peculiaridade dos sujeitos, a partir de seus diferentes modos de consumo e tipos de droga, bem como entendendo e respeitando as escolhas de uso, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas adota como estratégia a perspectiva de redução de danos. Logo, a redução de danos almeja alcançar o sujeito e os prejuízos causados pelo uso abusivo das drogas na vida deste, tendo por objetivoa diminuição dos danos decorrentes do uso de drogas na "perspectiva de possibilitar uma melhor qualidade de vida para o sujeito, informando-o e respeitando sua liberdade para exercer sua autonomia e cidadania de decidir quando parar de usar drogas, se assim desejar" (VELOSO *et al*, 2000 *apud* RODRIGUES, 2006, p. 83).

Em relação ao atendimento de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool, crack e outras drogas, a política de saúde mental possui tanto o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil), quanto o CAPSad, enquanto estratégias territoriais para esse público. Através da portaria 3088, de 2011, foi que se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial e se ampliou ainda mais esse cuidado, dando maior atenção a esse público que outrora estava esquecido. Todavia, apesar do caminho aqui exposto partir da apresentação das políticas existentes em relação ao atendimento das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, torna-se relevante assinalar que as ações e o cuidado para esse público devem ser de caráter intersetorial.

A política de assistência social e a questão das drogas

Ao longo desse tópico pretende-se discorrer sobre o enfoque da Política de Assistência Social para o usuário de álcool e de outras drogas. Entretanto, qual o caminho a seguir para dialogar com uma política que pouco referencia o usuário de substâncias psicoativas? Pode-se partir do princípio de que o uso de drogas se constitui como uma das expressões da questão social. Essa afirmação é dada a partir de um contexto em que o tema drogas toma grande relevância devido à sua comercialização e o papel que ocupa na sociedade.

Também é de conhecimento público que o uso de drogas provoca reflexos em diversas áreas, como família, infância e adolescência, saúde, educação, trabalho, cidadania, entre outras. As duas primeiras categorias citadas farão parte das principais abordagens ao longo desse debate. Neste momento, nos deteremos ao consumo de drogas e à intervenção da Política de Assistência frente ao tema.

Vale ressaltar que o texto da política em tela menciona somente por três vezes a questão do consumo de drogas. A primeira quando descreve os usuários da política:

> Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso as demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, PNAS, 2004, p. 33).

A segunda, quando conceitua a proteção social especial:

> A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontrem em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, PNAS, 2004, p. 37).

E a terceira quando pontua situações que podem demandar acolhida:"Outra situação que pode demandar acolhida, nos tempos atuais, é a necessidade de separação da família ou da parentela por múltiplas situações, como violência familiar ou social, drogadição, alcoolismo, desemprego prolongado e criminalidade."(BRASIL, PNAS, 2004, p. 31).

O questionamento lançado neste ponto é: será que o uso de substâncias psicoativas só cabe nestes três pontos da política ou poderia ter sido referenciado em outras situações? Antes de manifestar algum tipo de argumentação ao questionamento feito, torna-se pertinente conceituar o termo "Assistência Social".

> De acordo com a PNAS, reproduzindo a definição de Assistência Social concebida pela LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social), "A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas."(BRASIL, PNAS, 2004, p. 31).

Tomando como base o conceito de subalternidade de Yasbek (2003), se compreende que o usuário de substâncias psicoativas é parte integrante de um grupo subalterno, que, na descrição da autora, se faz presente em situações de exploração, dominação, e exclusão econômica, política, social. Essa pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas pode, sim, ser um indivíduo subalterno, em primeiro lugar pela condição de exclusão que a sociedade lhe impõe através de um estigma que é secular; e, em segundo lugar, pelo uso de drogas possivelmente abranger a realidade do sujeito que a vivenciaem situações como a pobreza, as dificuldades familiares, entre outras.

> A abordagem conceitual da questão da exclusão configura-se como outra referência fundamental para uma análise mais abrangente das condições de vida dos

> subalternos. Partimos do entendimento de que a exclusão é uma modalidade de inserção na vida social, sobretudo para aqueles "que não estão no núcleo de recriação da sociedade capitalista que é a produção" (Martins in Foracchi, 1982:VIII). Trata-se, portanto, de uma exclusão que é engendrada pelo próprio capitalismo e que dele faz parte. Ou como denomina Martins, trata-se de uma exclusão integrativa (YASBEK, 2003, p. 24).

A PNAS também faz sua referência ao termo exclusão, quando afirma que

> Além de privações e diferenciais de acesso a bens e serviços, a pobreza associada à desigualdade social e à perversa concentração de renda, revela-se numa dimensão mais complexa: a exclusão social. O termo exclusão social confunde-se, comumente, com desigualdade, miséria, indigência, pobreza (relativa ou absoluta), apartação social, dentre outras. Naturalmente existem diferenças e semelhanças entre alguns desses conceitos, embora não exista consenso entre os diversos autores que se dedicam ao tema. Entretanto, diferentemente de pobreza, miséria, desigualdade e indigência, que são situações, a exclusão social é um processo que pode levar ao acirramento da desigualdade e da pobreza (BRASIL, PNAS, 2004, p. 36).

Percebeu-se que não existe uma resposta concreta se a Política Nacional de Assistência Social contempla ou não a necessidade dos apontamentos sobre o trato para com usuários de drogas, mas sabe-se que a mesma, na verdade, não deveria abarcar como função algo que, enquanto "tratamento", é de responsabilidade da saúde. Cabe sim, à Política de Assistência Social, criar respostas aos reflexos que o uso prejudicial de drogas provoca na vida dos que as consomem e, dentro de sua matricialidade, na vida das famílias que contêm pessoas com essa singularidade.

Pode-se destacar, como fator positivo da PNAS, a criação de modalidades de atendimento a famílias e indivíduos que se encontram em situações de risco pessoal e social, representadas, ou melhor, com intervenções previstas por equipamentos específicos como os CREAS, que de acordo com a PNAS (2004), consistem em espaços que visam "a orientação e o convívio sóciofamiliar e comunitário. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos" (BRASIL, PNAS, 2004:38). Abrange serviços de média complexidade – voltados a famílias com situações de violação de direitos, mas sem a interrupção do vínculo familiar – e alta complexidade – com a necessidade de garantia de pro-

teção integral, envolvendo a promoção de direitos como: moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos.

De acordo com Lima,

> Se a saúde mental, então, indicou o CAPSad como serviços estratégico e organizador da assistência aos usuários de álcool e outras, os CRAS e CREAS parecem poder assumir corresponsabilidades no âmbito da assistência social para esse público. Em especial, a implantação dos CREAS no país poderá sofrer forte provocação dos gestores e conselheiros da assistência social para assumir parte da responsabilidade da prevenção e proteção às famílias que sofrem com o uso e o tráfico de drogas (LIMA, 2008, p.15).

A partir da observação de uma experiência a ser tratada posteriormente, que remete aos questionamentos apresentados aqui, percebemos que os tão falados reflexos do uso prejudicial de álcool e drogasna vida das crianças e adolescentes, bem como de seus familiares, necessitam de maior atenção por parte deste Estado, no que se refere aos serviços prestados quanto à garantia de direitos fundamentais, como moradia, alimentação, saúde. Mais uma vez, entra o "talvez" da frase, ao afirmar que parte destes equipamentos destinados à coparticipação da assistência na área de álcool e drogas "falha" ao desconsiderar a especificidade do tema.

O uso de substâncias psicoativas por parte de crianças e adolescentes

Considerando dados estatísticos recentes, os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil, apresentados pelo CEBRID, mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se iniciam as experimentações, sendo o álcool e o tabaco os mais usados.

No Brasil, o panorama mudou completamente nas últimas décadas. Levantamentos realizados a partir de 1987 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID) têm documentado uma tendência ao crescimento do consumo. Esses levantamentos foram realizados entre estudantes do primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras e também em amostras de adolescentes internados e entre meninos de rua.

Em 1997, o CEBRID mostrou que existe uma tendência ao aumento do consumo dos inalantes, da maconha, da cocaína e de crack em determinadas capitais. No

entanto, o álcool e o tabaco continuam a ocupar de longe o primeiro lugar como as drogas mais utilizadas ao longo da vida e no momento atual (2010) com mais problemas associados, como por exemplo, os acidentes no trânsito e a violência.

Estudo realizado em 1997 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro avaliou 3.139 estudantes da quinta série do primeiro grau à terceira série do segundo grau de escolas públicas, possibilitando comparar as taxas de uso experimental ao longo da vida com as de uso habitual (últimos 30 dias). O estudo encontrou um consumo ao longo da vida, respectivamente, de 77,7% e 19,5% para álcool; 34,9%e 4,6% para tabaco; 9,2% e 2,8% para inalantes; 7,1% e 1,6% para tranquilizantes; 6,3% e 2,0% para maconha; e 1,9% e 0,6% para cocaína.

Entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa auto-estima. O conhecimento dessas especificidades é essencial para subsidiar as políticas públicas. No entanto, ainda é pouco conhecida a real dimensão do uso de drogas no Brasil, e em especial o consumo feito por adolescentes, bem como os problemas decorrentes desse uso, especialmente devido à carência de estudos nessa área, o que se acentua diante das dificuldades relacionadas à clandestinidade que envolve o uso de drogas ilícitas.

Ilustrando um pouco melhor as especificidades deste consumo em crianças e adolescentes, apontam-se alguns elementos do texto "Diretrizes para o manejo e encaminhamento de adolescentes com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas".O referido texto fora elaborado e dirigido por profissionais do CommiteeonSubstance Abuse por profissionais de pediatria, e constata que cinco são os estágios do consumo de drogas por adolescentes: potencial de abuso; experimentação; uso regular: a busca pela euforia; uso regular: a preocupação com a euforia; e fadiga.

O que podemos discutir neste ponto é: será que, quando o referido tema foi estudado, consideraram frente ao estudo o consumo de drogas como o crack? Pois o que nos parece, a partir da experiência nessa área de atuação, é que devido à grande capacidade de dependência e à baixa tolerância que a droga provoca, não seria possível um sujeito avançar pelos cinco estágios propostos no documento.

Porém, segundo o artigo, o adolescente em potencial de abuso não possui prejuízos acerca do controle dos impulsos. Possui apenas uma necessidade de gratificação imediata, bem como necessidade de aceitação por grupos de amigos. Nessa fase, o artigo aponta como melhor forma de intervenção a prevenção.

Já os adolescentes em fase de experimentação costumam consumir com amigos, geralmente em fins de semana ou festas e tal consumo não gera maiores consequências; inclusive, se ocorrer mudanças no comportamento, são poucas. A indicação terapêutica apontada pelos autores é seguindo um viés educativo, sem confrontos ou ameaças, com grande investimento "para o aprimoramento da estrutura familiar e social do adolescente" (COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, 2003).

A diferença entre os adolescentes que estão em uso regular se dá pelo fato do grupo que "busca euforia" encontrar-se utilizando múltiplas drogas, com algumas mudanças no comportamento e poucas consequências (que já existem). Há um aumento global do consumo e o uso ocorre de forma solitária. Já aqueles que também se encontram em uso regular, mas em estágio de "preocupação com a euforia", apresentam como características a perda do controle, comportamentos de risco, estranhamento dentro do ambiente familiar e círculos de amizade. Para o primeiro caso, os autores do texto indicam um tratamento ambulatorial intensivo. Para o segundo caso, há indicação de tratamento internado monitorado por médicos e conduzido por profissionais da saúde.

No caso apresentado como "fadiga", o artigo aponta que o consumo de drogas ocorre para aliviar os sintomas de abstinência. Há ainda uso de múltiplas drogas, gerando sensações de "culpa, vergonha, remorso, depressão, deterioração física e mental, aumento dos comportamentos de risco, auto-destrutivos e suicidas".

Não se pode esquecer que existe um vínculo entre a criança e o adolescente em situação de rua e o consumo de drogas. São esses sujeitos que encontram-se em risco social que ficam mais suscetíveis ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Para apresentar elementos, utilizou-se dados produzidos pelo "Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras"[3].

O abandono de crianças e adolescentes não é um fenômeno contemporâneo, contudo, há certo tempo, o consumo de substâncias psicoativas parece acompanhar esse cenário. Segundo as informações do estudo do CEBRID "além dos fatores individuais e familiares, o contexto social da rua tende a favorecer o consumo" (NOTO, 2003, p. 27).

> O uso de psicotrópicos faz parte da 'identidade' de alguns grupos e, possivelmente, o desejo de se integrar aos mesmos seja um dos aspectos mais evidentes no exato momento da decisão. Mas isso não significa que seja o mais relevante, pois a decisão

> de usar (ou não) emerge da interação de vários outros fatores complexos e menos perceptíveis, como a fragilidade da situação de rua, o vínculo familiar, os limites, os medos, as expectativas e o fascínio pelos desafios (NOTO, 2003, p. 32).

Cabe ressaltar que, ainda frente à visão da autora, existem outros fatores a se ponderar que respondem ao questionamento do "Por que não usar?". Fatores como: interrupção do vínculo familiar, religião, preceitos morais, planejamento de vida, entre outros motivos. Portanto, através da experiência estudada, destaca-se que o investimento na família tem favorecido a interrupção do vínculo entre a criança/adolescente e a situação de rua, uma vez que tal consumo ocorre associado à situação de rua.

Face ao exposto, torna-se relevante declarar que, independente do quadro (de consumo de drogas) que se apresente, a presença e a colaboração da família nas diferentes formas de abordagens, vinculadas ao trato do uso prejudicial de drogas, é fundamental para o cuidado tanto da criança, quanto do adolescente, em situação de rua ou não.

A experiência do Acolhimento Institucional

A unidade de acolhimento trabalhada neste artigo, aqui chamada de unidade X, atuava na modalidade de Acolhimento Institucional[4],"especializado" em atender crianças do sexo masculino, de 7 a 12 anos, usuários de substâncias psicoativas. Fora fundada em 2009, como projeto piloto no município do Rio de Janeiro e, ao longo destes anos, foi se "remodelando"[5] a partir da necessidade do município, dos apontamentos no Ministério Público e da ONG à qual se vinculara, e de tempos em tempos conforme licitação pública. Localizava-se na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

Surgiu a partir da necessidade de pensar em um espaço acolhedor para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade devido ao uso de drogas. Sua relevância foi embasada por dados estatísticos acerca dos atendimentos realizadospela ONG, com o apoio daPromotoria de Justiça da Infância, Adolescência e do Idoso da Capital. Com o projeto pronto, faltavam esforços do governo para efetivar uma prática dessa natureza, dada a complexidade do tema. Mas a dúvida que se gerou nos espaços, ao lançar a ideia da instituição foi: por que um abrigo e não internação?

A resposta é simples. Não adianta investir em práticas de atenção diurna, quando ao retornar para seu espaço de convívio diário, seja a rua (o que é mais frequente até para os que possuem vínculo familiar, pois se apresentam com tais vínculos

muito fragilizados) ou a própria residência, o contexto social permanecerá o mesmo, a droga continuará, os conflitos familiares também, entre outras situações.

Sendo assim, com o avançar da discussão acerca dos impactos gerados pelo uso de crack, a Prefeitura do Rio abriu um edital para licitação de instituições que apresentassem propostas para o enfrentamento do uso de drogas, mais especificamente o crack. Em novembro de 2009, a Unidade de Acolhimento"X" foi inaugurada com o objetivo de acolher crianças usuárias de drogas. Apesar da institutição estar localizada na Zona Oeste, a maior demanda era de crianças retiradas, literalmente, do bairro de Manguinhos, conhecido como a maior "cracolândia" do Rio na ocasião.

No que diz respeito à saída dessas crianças de Manguinhos para posterior "encaminhamento" para a unidade de acolhimento, ocorria por meio das chamadas "abordagens sociais", que na verdade não passavam do que conhecemos hoje como "recolhimento compulsório".

Já acolhidos, o trabalho inicial consistia na oferta de cuidados, de ordem física e material. Atendimentos, objetivando o conhecimento da história do sujeito e a produção de relatórios, só acontecia a partir do fortalecimento do vínculo, entre a criança e o profissional. Aqueles que já estavam na instituição, com a ajuda da equipe, recebiam os que chegavam, mas com alguns dias de "estadia", toda aquela "euforia", característica de quem chega, tinha de se esgotar, dada a "fissura" que a ausência da droga provocava, bem como o forte vínculo feito com a rua.

Como forma de enfrentar toda essa "efervescência", eram ofertadas diversas atividades de atenção, previstas dentro de um cronograma diário. Dentre as mesmas, as crianças participavam de oficinas terapêuticas três vezes na semana, sendo conduzidas de forma lúdica por uma psicóloga; atividades físicas e recreativas, direcionadas por um professor de educação física e instrutor de judô; aulas de capoeira; oficinas voltadas ao aprendizado inicial, uma vez que muitas das crianças que passaram pela instituição interromperam precocemente o vínculo escolar; oficinas lúdicas dinamizadas por uma socióloga; uma "brinquedoteca", espaço para brincadeiras e jogos livres; a "hora da história", sendo outra oficina, mas com intervenção de uma psicóloga; além de momentos de recreação, tanto na piscina da instituição, quanto na comunidade, dada a condição de lazer local ser área de praia (embora imprópria para o banho).

A instituição contava com uma equipe formada por profissionais de Educação Física, Psicologia, Serviço Social, Medicina (Psiquiatra), Enfermagem, Sociologia, além de funcionários administrativos, educadores, cozinheiras e auxiliares

de serviços gerais. Atendendo à metodologia proposta no edital de licitação, a unidade mantinha um caráter temporário, sendo a previsão de "estadia" para cada criança um período de 45 dias a 3 meses. Os casos de maior complexidade podem permanecer no espaço institucional por até 6 meses.

A proposta do trabalho era favorecer a integração da criança com sua família nesse período, dada tal necessidade em virtude da fragilização do vínculo familiar. Após o recebimento da criança, era iniciado um trabalho de localização da família. Quando encontrada, essa família era convidada a visitar a criança semanalmente no primeiro mês e, a partir de 45 dias, a criança voltava a ter contato com o ambiente familiar, realizando visitas quinzenais à sua "residência". O terceiro mês era considerado, na maioria dos casos, como o mês da reinserção familiar. Durante esse período, a criança passava a visitar a família em sua casa todos os finais de semana, até que fosse autorizado, pelo judiciário, o retorno da mesma ao lar. Após esse retorno, a criança deveria ser acompanhada por conselheiros do Conselho Tutelar da região de moradia da família, por assistentes sociais dos equipamentos de Assistência Social e pelos dispositivos de Saúde Mental, como o CAPSi.

Três eram os maiores obstáculos percebidos pela equipe quanto à reinserção familiar: o primeiro dizia respeito ao tempo que a criança deveria permanecer na instituição, que ora era entendido como aliado e ora dificultava o trabalho. Aliado no sentido da tolerância dessas crianças ser muito curta. Percebia-se que os mesmos não conseguiam se manter "institucionalizados" por muito tempo, o que, em alguns casos, quando ultrapassado esse tempo, favorecia situações de evasão.

Outro fator dificultante referia-se também ao tempo, na medida que questionávamos esse período "pré-estabelecido"de três meses, pois, como estabelecer um período padrão, considerando a subjetividade dos sujeitos?Será que três meses é o tempo necessário para a "recuperação" de uma criança que possui um histórico de uso de mais ou menos dois anos, e que se encontra distante dessa família por um período similar?

O segundo obstáculo enfrentado era a "fragilidade" da rede de serviços, que embora tentasse se mostrar presente, não conseguia absorver toda sua demanda, não agindo, por vezes, em tempo hábil para aquela criança. Existiram casos em que não foi possível localizar, com o apoio da rede de serviços, a família de determinadas crianças, o que gerou um mal-estar muito grande por parte das mesmas, provocando evasões. Grande parte das famílias das crianças residiam em áreas consideradas de risco, o que dificultava a realização de visitas domiciliares por parte dos equipamentos locais. Haviam também casos de famílias que não permaneciam na residência no período das visitas por parte dos referidos equipamentos.

O último entrave, se assim é possível dizer, tratava-se das famílias, que, em alguns casos, não reconheciam sua importância frente à atenção àquela criança, seja pelo fator cultural, seja pelas condições de vida. Evidenciavam-se famílias que indiretamente "recusavam" seus filhos. Era sabido que essas famílias tinham e têm suas dificuldades, que, de modo geral, estão imbricadas por questões de ordem socioeconômica, entre outras. Entretanto, tornava-se latente a necessidade daquelas crianças em retornar ao lar, em sentir-se parte de algo, pois, a partir das vulnerabilidades do contexto em que eram inseridos, necessitam da atenção familiar para que os "laços afetivos" fossem reatados.

Percebíamos que, para o enfrentamento da dicotomia vulnerabilidade socioeconômica e cuidados a crianças em situação de rua/abandono, torna-se necessária a criação de algum tipo de mecanismo que traga também um suporte para que estas famílias permaneçam com seus "filhos". Isso vai muito além de benefícios assistenciais.

Deste modo, caracterizando o público atendido na unidade "X",percebe-se que a maior parte das crianças atendidas, em um universo de 120 crianças, possuem faixa etária de 11 a 12 anos, uma realidade não totalmente revelada nas ruas de Manguinhos, a partir das visitas que eram realizadas à Embaixada da Liberdade[6].

Frente à coleta de dados para a pesquisa, grande parte das crianças que já foram atendidas pelo projeto no período de 2009/2010 faziam uso de múltiplas substâncias (no período em que estavam nas ruas), entre as mesmas, o crack. Fora as crianças que somente faziam uso da referida droga. O interessante é que nenhuma delas iniciou o consumo de drogas através do crack. Segundo o levantamento de dados, as crianças tendenciavam a iniciar o consumo de drogas precocemente por volta de 7 a 9 anos, tendo como opção de escolha a maconha, seguida do uso de solventes como tiner, cola e loló.

De acordo com a pesquisa realizada, notou-se que vários são os fatores que contribuem para o início do uso. Contudo, chamava a atenção o número de crianças que alegavam ter iniciado o consumo de drogas por incentivo de amigos. Fato este também observado pelo CEBRID, em 2003, no Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes Usuários de Drogas.

Outro fato de destaque frente ao levantamento de dados da Unidade "X"foi o número de familiares dos infantes envolvidos também com uso de drogas, sendo a maioria irmãos, que, em dados momentos, compartilhavam o uso da droga. Genitores também estiveram presentes nesse quadro.

Fazendo uma avaliação acerca dos dados apresentados no período de vigência do projeto, conclui-se que, mesmo mediante da complexidade do tema, o núme-

ro de evasões fazia-se preocupante, uma vez que entre as vinte e três crianças que passaram pela instituição no período, três foram reinseridas à família, duas retornaram ao lar por não pertencerem ao público-alvo do projeto, treze evadiram e cinco permaneceram acolhidas na instituição.

É de se pensar, como reinserir uma criança usuária de drogas ou não em um contexto familiar em que substâncias psicoativas estão presentes? Tal questionamento choca-se com a legislação em vigor, o ECA, ao afirmar que

> Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes. (BRASIL, Lei 8.069, 1990, p. 14).

Também registrou-se um grande histórico de situações que caracterizam violência doméstica (entendida como manifestações de violência física, psicológica, verbal e sexual) no âmbito familiar, na maior parte dos casos cometidas pela genitora.

Face ao público que se apresenta neste estudo, um dos objetivos da Unidade "X" era fornecer para crianças em situação de rua, em conflito com a família ou por ela abandonada, que apresentassem histórico de uso de álcool e/ou outras drogas, um "espaço casa", onde pudessem, através de acompanhamento social, educativo e psicológico, iniciar uma nova fase de vida, onde nem a rua, tampouco a droga, estivessem presentes enquanto agentes prejudiciais. Contudo, um dos questionamentos que se apresentava era: após esse período, para onde retornariam essas crianças?

A intenção da pesquisa realizada foi de contribuir para um trabalho que favorecesse seu retorno ao ambiente familiar, porém, verificava-se, em alguns casos, as dificuldades que permeavam a manutenção dos vínculos familiares. Desta forma, sob grande responsabilidade, a equipe técnica produzia pareceres à competência judiciária, indicando ou não o retorno ao lar, assim como sugerindo a reintegração junto à família extensa ou transferência para outra modalidade de acolhimento (família acolhedora), ou, quando esgotadas todas as possibilidades, era proposta a adoção tardia.

Algumas Considerações

É recente a concepção de crianças e adolescentes enquanto cidadãos de direitos no Brasil. Até que os mesmos fossem reconhecidos como sujeitos em condição de

desenvolvimento, a responsabilidade pelos cuidados da criança e do adolescente esteve sob "as mãos" de diferentes instâncias, como aponta Rizzini e Pilotti (2009):

> Nas mãos dos jesuítas; nas mãos dos senhores; nas mãos das Câmaras Municipais e da Santa Casa de Misericórdia; nas mãos dos asilos; nas mãos dos higienistas e filantropos; nas mãos dos tribunais; nas mãos da polícia; nas mãos dos patrões; nas mãos dos tribunais; nas mãos da família; nas mãos do Estado; nas mãos das forças armadas; nas mãos dos Juízes de Menores; até que passaram para as mãos da sociedade civil (RIZZINI e PILOTTI, 2009, p. 17).

A partir das possibilidades de organização e participação popular na luta pela garantia de direitos, as crianças e adolescentes deixaram de ser alvo de coibições para ser alvo de políticas sociais específicas, a serem fiscalizadas pelos Conselhos de Direitos.

Os Conselhos Tutelares também assumiram como responsabilidade a fiscalização e a implementação do cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, em consonância com o ECA. Contudo, de que adianta um conselho para zelar pelo cumprimento de direitos, quando a violação dos mesmos pode começar no próprio lar, evidenciando o fenômeno da exclusão presente em meninos e meninas em situação de rua.

Durante o período de existência da unidade de acolhimento, não foi proposto por nenhum Conselho Tutelar qualquer tipo de método que realmente pudesse alcançar a dimensão da problemática no que tange a sua família. Percebeu-se que a solução dada se restringia somente ao acolhimento das crianças. As famílias, local para onde as mesmas, teoricamente, retornariam, passado o período do acolhimento (45 dias a 3 meses), não recebiam nenhum tipo de atenção especial. Nos casos de reinserção à família, mesmo face ao encaminhamento de relatórios expositivos sobre o caso, o Conselho Tutelar não realizava como frente de atuação nenhum tipo de visita domiciliar, para assegurar ou fiscalizar as condições de retorno da criança ao lar. Assim, percebeu-se que, em dados momentos, iniciativas de acolhimento como essa apresentada evidenciavam-se somente através de seu caráter imediatista, como se fosse alternativa para "enxugar gelo".

Contudo, não se pode deixar de considerar que o referido equipamento, mediante a grande demanda de atendimento, não possui condições de promover trabalhos mais específicos, embora a criança ainda seja de sua responsabilidade, de modo a perceber a necessidade de algum outro tipo de intervenção.

Uma outra questão presente nesse debate é o consumo de drogas por parte das crianças que estão em situação de risco social, característica cada vez mais presente, de acordo com o CEBRID. Embora se constate, a partir das pesquisas realizadas, dados alarmantes acerca do uso de drogas por parte de crianças e adolescentes que estão em situação de rua, a investigação sobre o tema nos fez perceber que as crianças não buscam as ruas a partir de seu envolvimento com as drogas, mas as drogas surgem como consequências das vivências de rua, ou até mesmo como estratégias para essa sobrevivência e a fugade uma realidade "aparentemente" imutável para essas crianças.

Já em outra instância, e partindo do princípio da OMS, que define droga como qualquer substância que em contato com o organismo humano altera uma ou mais de suas funções, as formas como tais substâncias também aparecem no contexto de quem as usa pode influenciar na decisão de manter ou não o consumo, ou de que forma ele se coloca.

Logo, para aqueles que desejam algum tipo de intervenção frente ao uso prejudicial de drogas, duas políticas, consideradas aqui distintas, norteiam diferentes práticas: a Política Nacional sobre Drogas (2005, sucessora da Política Nacional Antidrogas) e a Política para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e ou outras Drogas (elaborada pelo Ministério da Saúde).

A Política Nacional sobre Drogas configura-se dentro de uma dimensão focada em práticas de redução da oferta e da demanda, adotando, para tais, perspectivas educativas voltadas para a abstinência total; enquanto a política do Ministério da Saúde reconhece as diferenças entre os tipos de usuários, bem como as formas de consumo associadas a variados tipos de drogas. A mesma proporciona um reconhecimento da autonomia do sujeito que opta em interromper ou diminuir a forma como a utilização de drogas ocorrerá. Enquanto perspectiva, adota-se a redução de danos.

O que é importante ressaltar é que nenhuma das políticas, em seu texto, levou em consideração o uso de substâncias psicoativas por parte de crianças e adolescentes. Entretanto, a partir da portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial, éque se tema ampliação das ofertas direcionadas para o público adulto e infanto-juvenil que faz uso de álcool, crack e outras drogas. A unidade de acolhimento prevista, enquanto acolhimento transitório para esse público, é fundamental, não só para o cuidado especializado em saúde mental, mas também possibilita um atendimento integral e protegido, saindo de um enfoque meramente assistencial,o que exige ações intersetoriais mais efetivas.

Na atual conjuntura do município do Rio de Janeiro, infelizmente, a Rede de Atenção Psicossocial ainda é insuficiente para a demanda existente. De acordo com Moutinho (2015, p. 90), a RAPS do município é composta por 5 consultórios na rua; 12 CAPS II; 8 CAPSi; 4 CAPS III; 5 CAPS ad; 5 emergências psiquiátricas; 2 unidades de acolhimento para adultos; 49 leitos em hospital geral; 61 residências terapêuticas; e 21 moradias assistidas. Todos esses serviços devem acolher um pouco mais dos 6.453.682 habitantes (IBGE, 2015, apud Moutinho, 2015, p. 71). Tais dispositivos encontram-se sucateados devido aos impasses existentes, no que diz respeito à privatização da saúde com os convênios com as ONG´s e OS´s.

Nesse caminho, a construção de alternativas que promovam o cuidado integral para crianças e adolescentes que fazem uso de álcool, crack e outras drogas vem sendo fundamental nesse momento em que a alternativa central é o combate de cunho repressivo e proibicionista. Vivencia-se no cotidiano o medo que advém desse modelo que só produz mortes e sofrimento. Portanto, as ações propostas pela Saúde Mental devem ser executadas e promovidas junto com a Assistência Social e demais políticas, já que estamos problematizando o uso dessas substâncias por parte de um público que se encontra em vulnerabilidade social. Logo, a questão que está em debate não é meramente a droga ou suas inúmeras formas de consumo, e sim o contexto social que envolve todos esses sujeitos, a partir de suas peculiaridades e necessidades. Sigamos adiante com novas propostas e estratégias para pensar um cuidado integral e intersetorial a esse público!

Referências

BRASIL. *Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

_____. *Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinam dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, 1976.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política Nacional Antidrogas*. Brasília, 2001. Disponível em:<http://www.senad.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde.*Portaria nº 121de 25 de janeiro de 2012*.Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. *Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD*, de 27 de outubro de 2005. Institui a Política Nacional sobre Drogas.Brasília, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: MDS, 2004.

BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. *Diretrizes para o manejo e encaminhamento de adolescentes com problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas*.v. 106, n. 1, 2003. Disponível em:www.einstein.br/alcooledrogas). Acesso em: 17 nov. 2015.

LIMA, R. C. C. *Política Pública Brasileira para a área de álcool e outras drogas:* implicações recentes para a assistência.In: 2º ENCONTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS. Rio de Janeiro, 2008.

MOUTINHO, C.G.C. *A Rede de Atenção Psicossocial nos municípios do Estado do Rio de Janeiro:* um estudo exploratório. Monografia de Especialização do Curso Serviço Social e Saúde, UERJ. Rio de Janeiro, out. 2015.

NOTO, A. R. (Org.). *Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas). São Paulo, 2003.

RIZZINI, I.;PILOTTI, F. (Orgs). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2009.

RODRIGUES, J. S.*Serviço Social e dependência química*: uma relação em construção. 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, F. *Como funciona o tráfico de drogas*. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/trafico-de-drogas3.htm>.Acesso em: 23 mar. 2010.

VELOSO, L.; CARVALHO, J; SANTIAGO, L. *Redução dos danos decorrentes do uso de drogas*: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In:Saúde e Serviço Social. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

YAZBEK, M.C. *Classes subalternas e assistência social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Notas

1 Assistente Social; Especialista em Formulação e Gestão de Políticas em Seguridade Social pela UFRJ; Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial com ênfase em Álcool e Outras Drogas pela Faculdade Governador Ozanam Coelho. E-mail: kvieira.seso@gmail.com.

2 Assistente Social; Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela ENSP/FIOCRUZ; Mestre em Política Social pela UFF; Doutoranda em Serviço Social pela PUC/SP. Professora Colaboradora da Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial com ênfase em Álcool e Outras Drogas da Faculdade Governador Ozaram Coelho. E-mail: rachel.gouveia@gmail.com.

3 Produzido em 2003 pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Brasil, CEBRID, NOTO, 2003.

4 Termo que substitui a palavra abrigo, a partir da efetivação da Lei nº12.010, de agosto de 2009, conhecida como Nova Lei de Adoção.

5 Termo utilizado para pontuar os diferentes momentos da unidade, que até o presente, já foi gerenciada por uma ONG e duas OS (Organizações Sociais). Ressaltamos que a pesquisa ocorreu no período entre 2009 e 2010. No momento, a referida instituição permanece localizada na Zona Oeste do Rio de Janeiro, mas em novo endereço, que para preservar o sigilo da mesma, não será citado aqui. Também já não acolhe mais crianças, atendendo, neste momento, adolescentes.

6 Dispositivo da Assistência Social, inaugurado em dezembro de 2009, objetivando o atendimento psicossocial de crianças e adolescentes, de até 17 anos, com capacidade para acolher 25 crianças e adolescentes, trabalhando nos mesmos a perspectiva de redução de riscos sociais e danos à saúde.

Artigo recebido em dezembro de 2015 e aprovado para publicação em fevereiro de 2016.