

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**CRISLAINE ISABEL JOHN**

**O SERVIÇO SOCIAL, O CRACK E A INTERSETORIALIDADE: UM DESAFIO NA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Porto Alegre

2014

**CRISLAINE ISABEL JOHN**

**O SERVIÇO SOCIAL, O CRACK E A INTERSETORIALIDADE: UM DESAFIO DA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau em Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dra Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2014

**CRISLAINE ISABEL JOHN**

**O SERVIÇO SOCIAL, O CRACK E A INTERSETORIALIDADE: UM DESAFIO NA  
FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau em Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

**BANCA EXAMINADORA:**

Arguidor (a)

---

Arguidor (a)

---

Porto Alegre

2014

Uma flor nasceu na rua! Passem de longe,  
bondes, ônibus, rio de aço do tráfego. Uma flor  
ainda desbotada ilude a polícia, rompe o asfalto.  
Façam completo silêncio, paralisem os negócios,  
garanto que uma flor nasceu. Sua cor não se  
percebe. Suas pétalas não se abrem. Seu nome  
não está nos livros. É feia. Mas é realmente uma  
flor.

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

O avanço do crack em nossa sociedade se configura como um problema de saúde pública, que afeta não só o dependente químico, mas também toda a sua família e demais pessoas de seu convívio social, visto que favorece a fragilização e/ou rompimento dos vínculos entre os sujeitos, e entre os usuários e as atividades da vida cotidiana como estudar, trabalhar, cuidar de si e dos outros. Essa precarização das relações também pode ser percebida entre os usuários e a Rede de Serviços, pois estes deixam de acessar serviços e direitos que lhe são garantidos por lei, potencializando a não adesão a tratamentos para a dependência química e os processos discriminatórios que rotulam o sujeito como um ser à margem da sociedade, visto com preconceito e culpabilizado pelo seu processo de adoecimento. Para o enfrentamento das expressões da Questão Social que envolvem a drogadição, se faz necessário um conjunto de ações intersetoriais, articulando Rede de Serviços, diferentes programas e políticas, pois entende-se que somente através da materialização da intersetorialidade entre as políticas é possível promover o acesso das pessoas dependentes químicas a serviços e direitos que lhe proporcionem a oportunidade da melhoria de suas relações humanas e afetivas e também a melhoria de suas condições de saúde.

**Palavras-chave:** Drogadição, Intersetorialidade, Rede.

## **LISTA DE SIGLAS**

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas

COSEPA – Comissão de Segurança do Paciente

CPF – Cadastro de Pessoas Físicas

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DAPES – Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas

DENARC – Departamento Estadual de Prevenção e Repreensão ao Narcotráfico

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESF – Estratégia Saúde da Família

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

HSL – Hospital São Lucas

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PNAD – Política Nacional Sobre Drogas

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNH – Política Nacional de Humanização

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBEA – União Brasileira de Educação e Assistência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2 POLÍTICAS SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENDIMENTO À SAÚDE .....</b>                                    | <b>14</b> |
| <b>2.1.1 Política Nacional de Humanização .....</b>   | <b>15</b> |
| <b>2.1.2 Política Nacional sobre Drogas.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>2.1.3 Política Nacional de Assistência Social .....</b>  | <b>21</b> |
| <b>3 CRACK: EPIDEMIA OU INCIDÊNCIA NÃO ESPERADA?.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>3.1 O CRACK CHEGA AO BRASIL: A TRAJETÓRIA DA DROGA .....</b>   | <b>24</b> |
| <b>3.2 EPIDEMIAS, HISTÓRIA E CONCEPÇÃO .....</b>  | <b>30</b> |
| <b>4 O SERVIÇO SOCIAL, O CRACK E A INTERSETORIALIDADE .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO LUCAS .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>4.2 O CRACK CHEGA AO SERVIÇO SOCIAL: UMA NOVA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL? .....</b>   | <b>51</b> |
| <b>4.3 O SERVIÇO SOCIAL CHEGA AO CRACK: AÇÕES INTERSETORIAIS VOLTADAS À PROTEÇÃO DA MULHER USUÁRIA DE CRACK E SUA FAMÍLIA .....</b> | <b>59</b> |
| <b>4.4 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E A MATERIALIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS .....</b>  | <b>61</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>70</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>73</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar de forma crítica e reflexiva o aprendizado em construção da acadêmica na formação em Serviço Social. O Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social foi desenvolvido no Hospital São Lucas da PUCRS, instituição que fundamentou a nossa análise sócio-institucional e que amparou nosso Projeto de Intervenção. O Hospital São Lucas é de natureza filantrópica, vinculado a uma instituição de ensino, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), e tem ênfase na formação profissional e em pesquisas em saúde, atendendo a pessoas de diversas regiões do Estado do Rio Grande do Sul e conta com profissionais de diversas áreas na condução das ações em saúde e, nesse sentido, o Serviço Social atua na instituição no enfrentamento das mais variadas expressões da Questão Social que se configuram como fatores impeditivos para uma melhor qualidade de vida.

Como nossa formação profissional, no que se refere à experiência de estágio curricular obrigatório, ocorreu dentro de uma instituição hospitalar, é importante apresentar o que é essa instituição e seu papel em diferentes momentos históricos.

No dicionário de latim consta que o nome "hospital" vem do latim "hospes", que significa convidado, visita, hóspede. Em sua criação, o hospital significava um lugar onde estrangeiros, viajantes e visitantes eram recebidos. A caracterização e a função de espaço para cuidado de enfermos aconteceu com o passar do tempo e com as mudanças econômicas, políticas e também por conta dos avanços científicos que ocorreram nas sociedades.

Conforme Aquino (2008), na Idade Média, o surgimento de organizações de ordem religiosa com a finalidade de ajudar os doentes foi um dos acontecimentos mais importantes na história do desenvolvimento dos hospitais. A gestão desses hospitais ficava a cargo dos cidadãos, mas estava sujeita ao controle do bispo. Também de acordo com Aquino (2008), as cruzadas – tropas ocidentais enviadas à Palestina para recuperarem a liberdade de acesso dos cristãos a Jerusalém – deram origem a várias organizações que combinavam o serviço militar com o cuidado dos doentes. Nessa época, vários hospitais foram criados em Jerusalém para fornecer cuidado aos peregrinos e impressionavam pelo profissionalismo, pois lá eram

realizadas, inclusive, pequenas cirurgias, e os pacientes recebiam visitas médicas duas vezes ao dia, banhos, refeições e roupas.

Com a comunicação mais livre com o Oriente, um ambiente comercial foi se estabelecendo por toda a Europa e, como consequência, houve o surgimento das cidades, distintas das aldeias e da propriedade feudal. Isso influenciou as condições econômicas que, por sua vez, afetaram o desenvolvimento dos hospitais sob dois principais aspectos: por um lado, o aumento da população das cidades exigia a construção de mais hospitais; por outro lado, mais recursos foram destinados para os trabalhos de caridade, fato que fomentou a criação de instituições dirigidas por leigos, mas apoiadas por corporações, irmandades e governos municipais favoráveis à criação de novos hospitais. Nesse período, o controle dos hospitais passou para as mãos dos governos municipais, especialmente na Itália e na Alemanha, sendo essa transferência efetuada com base em acordos firmados entre o superior do hospital e as autoridades civis. Tais relações não refletiam oposição à autoridade da Igreja, apenas revelavam os resultados do desenvolvimento e obrigavam as autoridades a cuidar da gestão das instituições das quais o bem público dependia. (AQUINO, 2008).

No Brasil, oficialmente, o primeiro hospital a ser criado foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, no Estado de São Paulo, que foi inaugurada em 1543. O início da construção desse hospital, em 1542, deu-se por iniciativa do português Braz Cubas e teve o auxílio dos próprios moradores da região. A Santa Casa de Misericórdia foi inaugurada no dia primeiro de janeiro, data conhecida pela Igreja Católica como o "dia de todos os santos" e, por esse motivo, recebeu o nome de Hospital de Todos os Santos, nome que, posteriormente, deu origem ao nome da cidade de Santos, também no Estado de São Paulo. Esse hospital prestou atendimento aos colonos, nativos, escravos e nobres do Império Português e, após, aos monarquistas, republicanos, patrões, operários, empregados e desempregados, servindo, ainda, para a prática da medicina por aproximadamente três séculos, até a fundação da primeira Faculdade de Medicina do país, em 1808.

De acordo com informações obtidas através da página da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB –, a preocupação com os enjeitados e marginalizados foi o que deu origem à criação das Santas Casas e, assim, elas surgiram com um viés muito mais assistencialista do que terapêutico. Nessa perspectiva, prestavam atendimento aos pobres na doença,

no abandono e na morte, abrigando, além dos enfermos, crianças e velhos abandonados e marginalizados, os excluídos do convívio social como, por exemplo, os criminosos doentes e os doentes mentais, assim rotulados conforme termos da época.

A atuação das Santas Casas de Misericórdia se caracterizou de duas formas: no período compreendido de meados do século XVIII até 1837, sua natureza estava baseada na caridade; após, e até 1940, suas ações eram norteadas pela filantropia. Para melhor compreensão desta diferença, apontamos que:

A filantropia distingue-se da caridade pelos seus objetivos. A fim de tornar a ajuda útil àqueles que dela necessitam, os filantropos acreditam ser necessário mudar-lhes a natureza, dar mais conselhos do que bens. É preciso não só recolher as pessoas, mas dar-lhes conselhos que promovam o reerguimento da família em, conseqüentemente, da sociedade. Portanto, ao assistir enjeitados e marginalizados, há a preocupação com o destino destes indivíduos, em torná-los úteis à sociedade. Assim, a caridade cede lugar à filantropia. (CMB, 2014)

No século XX foram criados hospitais e clínicas particulares, geralmente de propriedade de médicos, que cobravam pelos atendimentos, colocando cada vez mais a saúde como produto de consumo, ou seja, a saúde como mercadoria.

Nesse momento histórico, então, a importância do hospital é afirmada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1977), que refere o hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, com o papel de oferecer à comunidade a completa assistência em saúde, tanto preventiva como curativa, incluindo serviços extensivos à família e um centro de informação para os trabalhadores no campo da saúde e para as pesquisas biossociais. A partir daí, o hospital assume um papel central no sistema de saúde e por muito tempo – até o Movimento da Reforma Sanitária – era quase que a única porta do sistema de saúde.

Quanto ao Hospital São Lucas, sua construção iniciou em 1970 e em 1973 os ambulatórios foram disponibilizados para o ensino médico e os estudantes de medicina assistiam aos pacientes sob orientação dos professores da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Em outubro de 1976, com a missão de desenvolver assistência, ensino e pesquisa em saúde, orientado por valores humanos, pela atuação interdisciplinar e pelo compromisso com a saúde da comunidade, foi oficialmente inaugurado o Hospital Universitário da PUCRS, que tem como mantenedora a UBEA – União Brasileira de Educação e Assistência. Em 1982, o nome fantasia do hospital passou a ser Hospital São Lucas da PUCRS, em homenagem ao apóstolo e evangelista São

Lucas, que foi médico, artista plástico e é considerado o padroeiro dos médicos. É um hospital geral, de natureza filantrópica, que assiste a pacientes adultos e pediátricos, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas. Ainda de acordo com os dados obtidos na página do hospital na internet, a área de ensino do Hospital São Lucas é responsável pelos estágios envolvendo, anualmente, mais de 800 alunos dos cursos de graduação, pós-graduação e profissionalizantes. São desenvolvidos projetos de pesquisa básica e clínica, em articulação com as faculdades da área das ciências da saúde, com o Instituto de Pesquisas Biomédicas e o Instituto de Geriatria e Gerontologia, totalizando 182 projetos ao ano. O Hospital ocupa uma área construída de 49 mil metros quadrados, sua capacidade abrange 661 leitos, sendo 508 de internação, 49 de cuidados intermediários e 104 de terapia intensiva. O quadro profissional é composto por 2,6 mil funcionários contratados, 1.200 médicos do corpo clínico e 170 médicos residentes (HOSPITAL SÃO LUCAS, 2014).

Ainda de acordo com registros obtidos na página da instituição na Internet, o Hospital São Lucas atende parte da população do município de Porto Alegre, Região Metropolitana e Interior do Estado, prestando os mais variados serviços em saúde, visando atender às demandas através da prestação de serviços de qualidade, a fim de promover o bem estar dos usuários, materializando os princípios das políticas as quais se propõe a atender – Saúde e Assistência Social. A maior parte desses atendimentos acontece através do SUS – Sistema Único de Saúde.

O Hospital São Lucas tem como algumas de suas políticas norteadoras, além da Política de Saúde, a Política de Humanização, a Política Nacional de Assistência Social e a Política Nacional sobre Drogas, todas parte do SUS. Para tanto, o hospital conta com o departamento de Serviço Social, o qual é responsável pelo estágio curricular em Serviço Social, em que realizamos nossa prática como estagiários.

No segundo capítulo, abordamos as Políticas Sociais, em especial a Política de Saúde e a Política de Assistência Social. Apresentamos o Sistema Único de Saúde, contextualizando a trajetória que fomentou a sua criação e a sua inclusão na Constituição Federal de 1988, legitimando a saúde como direito universal e como parte integrante do tripé da seguridade social. Também abordamos outras políticas de saúde presentes no Estágio Curricular Obrigatório e que permearam o cotidiano da prática de estágio curricular, como a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional Sobre Drogas. Abordamos a Política de Assistência Social,

apresentando os seus princípios e a importância da compreensão das particularidades e especificidades de cada espaço para a promoção da constituição de uma rede de serviços mais eficiente, eficaz e efetiva, tanto na atuação específica de cada ator dessa rede, quanto nas ações intersetoriais envolvendo a rede como um todo.

No terceiro capítulo, debruçamo-nos sobre a temática do Crack, droga que vem sendo utilizada por um número cada vez maior de pessoas, de todas as classes sociais e idades, causando e/ou agravando processos de vulnerabilidade, desencadeando doenças físicas e/ou psíquicas e até provocando mortes. Adensamos nosso olhar sobre a indagação de se o Crack configura epidemia ou não.

Abordamos, no quarto capítulo, o profissional Assistente Social inserido em processos de trabalho em uma instituição de saúde de alta complexidade, contextualizando os principais enfrentamentos do cotidiano nesse espaço sócio-ocupacional. A temática do crack e o cotidiano do Assistente Social nesse espaço de trabalho é articulada nesse capítulo, de forma a contextualizar os motivos que desencadearam a necessidade de se colocar a questão da drogadição como foco para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, apontando seus objetivos geral e específicos. Também é apresentada a metodologia proposta para o Projeto de Intervenção executado no espaço de trabalho no qual a acadêmica desenvolveu seu estágio curricular, contextualizando o produto da intervenção e destacando não só aspectos importantes - sob o ponto de vista acadêmico - observados durante todo o processo de desenvolvimento das ações previstas no Projeto, como também apontamentos sobre as situações vivenciadas.

Por fim, apresentamos as Conclusões Finais, que expressam o processo de aprendizagem através de uma síntese das reflexões sobre os pontos principais desse trabalho, assim como sobre o desafio da efetivação da intersetorialidade dos atores que compõe a rede de serviços voltada ao atendimento dos usuários com vistas a um atendimento menos fragmentado e pontual.

## 2 POLÍTICAS SOCIAIS E INTERSETORIALIDADE

Este capítulo abordará as Políticas de Saúde e de Assistência Social, apontando a importância de ambas na construção de ações intersetoriais, as quais podem auxiliar no enfrentamento das vulnerabilidades sociais.

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENDIMENTO À SAÚDE

O SUS – Sistema Único de Saúde – é resultado de muitas lutas em diversos momentos históricos em nosso país. Ainda que o primeiro hospital tenha sido criado em 1543, sabe-se que a preocupação com a saúde pública se consolidou no Brasil no século XIX, com a vinda da Corte Portuguesa, mas apenas entre 1870 e 1930 houve a intervenção do Estado, que adotou o modelo “Campanhista”, vigente até a década de 60. Esse modelo baseava-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção de espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Nas décadas seguintes, a saúde pública não era universalizada, ficando restrita aos trabalhadores devidamente registrados.

O ano de 1975 marcou o início do movimento intelectual e político de crítica ao sistema de saúde vigente e o início da mobilização social para o Movimento da Reforma Sanitária, que preconizou o novo modelo assistencial em saúde, baseado em mudanças pautadas no direito universal à saúde, no acesso igualitário, descentralizado e na ampla participação da sociedade. Esse movimento fomentou o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) - servindo decisivamente para subsidiar a Constituição Federal de 1988 no tangente à saúde - e que legitimou o direito à saúde como dever constitucional de todas as esferas de Governo, estabelecendo-a como direito universal. Como resultado, o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A partir de então, a concepção de saúde pressupõe vários determinantes.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de

organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987)

O conceito ampliado de saúde considera os diversos fatores que permeiam o cotidiano dos sujeitos, percebendo a saúde não apenas como a ausência de doenças propriamente ditas, mas também como um conjunto de condições necessárias para a vida humana.

Como direito universal efetivado na Constituição Nacional, a saúde passou a integrar o tripé da seguridade social, juntamente com a assistência social e a previdência social, para garantir a proteção social dos sujeitos e servindo como instrumento redutor de desigualdades, de justiça social e de bem estar.

Conforme Artigo 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a seguridade social pode ser compreendida como “o conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, a Previdência e a Assistência Social”.

Considerando que, no Hospital São Lucas, identificamos a presença significativa da Política Nacional de Humanização, implantada há pouco mais de dez anos, a qual iluminou nossas ações, abordaremos essa política a seguir.

### **2.1.1 Política Nacional de Humanização**

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) buscou colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e de cuidar. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), essa política foi pensada e elaborada considerando todos os avanços obtidos na área da saúde desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), como a descentralização e regionalização da atenção e gestão em saúde - fatores que contribuiriam para a ampliação da universalidade, equidade, integralidade e controle social -, além de contribuir aspectos que podem se configurar como impeditivos para as práticas de atenção à saúde, como, por exemplo, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho nos quais se inserem os profissionais da área da saúde. Isso significa dizer que as condições de trabalho, as relações estabelecidas entre os diversos profissionais e as relações estabelecidas com os usuários e o trabalho desenvolvido em equipe influenciam a compreensão da dimensão social e subjetiva dos sujeitos, a qual deve ser considerada prevendo um atendimento não fragmentado e/ou fragilizado.

Quando falamos em condições e relações de trabalho, ou relações estabelecidas entre diversos profissionais das várias áreas que envolvem a saúde, referimo-nos também às condições precárias nas quais se encontram, muitas vezes, estes profissionais. O baixo investimento na qualificação destes trabalhadores diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. A inclusão e a valorização dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, quando não são fomentadas, abrem espaço ao desrespeito aos direitos e à superficialidade no contato entre os trabalhadores e os usuários, direcionando, desse modo, o olhar somente para a doença e não para o sujeito e suas vulnerabilidades como um todo (BRASIL, 2004, p. 5).

O Ministério da Saúde considerou, então, importante debater sobre os modelos de gestão até então presentes no âmbito da saúde pública, com o intuito de estimular uma melhor formação dos profissionais de saúde, potencializando o controle social com vistas à garantia de um direito constitucional: a saúde para todos, de forma digna, com profissionais comprometidos eticamente e pela defesa da vida. (BRASIL, 2004). A PNH incide suas ações na comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras, inibindo a autonomia e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), essa Política considera importantes pontos inovadores em saúde e busca valorizar todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, ou seja, considera fundamental ouvir usuários, trabalhadores e gestores, fomentando a autonomia e o protagonismo desses sujeitos individuais e também dos sujeitos coletivos. Isso implica no aumento do grau de co-responsabilidade de cada profissional e gestores envolvidos nos processos de trabalho em uma instituição de saúde. Ela também

prevê o mapeamento e a interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, com vistas a garantir resultados mais satisfatórios em um trabalho integrado entre as diversas políticas sociais. A Política Nacional de Humanização atua em defesa de um SUS que reconheça a diversidade do povo brasileiro e a todos ofereça a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. O foco deve estar nas necessidades dos sujeitos, na produção da saúde e no próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais através da mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tomando a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo, com o compromisso com a qualificação profissional. Assim, melhorar-se-ão as condições de trabalho e de atendimento, bem como o compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde, investindo no cuidado com o cuidador. A PNH luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Humanização tem como princípios a transversalidade, prevista em todas as políticas e programas do SUS; a indissociabilidade, que entende que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde, razão pela qual trabalhadores e usuários devem conhecer como funciona essa gestão, assim como participar dos processos de tomadas de decisões; e o protagonismo, que pressupõe a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos. Para expressar esses princípios norteadores a PNH (BRASIL, 2004) aponta que se faz necessária:

“a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; a atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e em conformidade com as diretrizes do SUS e a utilização da informação, da comunicação e da educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos” (BRASIL, 2004, p. 9-10).

O Hospital conta com alguns programas baseados na Política Nacional de Humanização, como o Comitê de Bioética HSL, constituído por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de assessorar pacientes, esclarecendo a comunidade

interna e externa a respeito da dimensão moral do exercício das profissões ligadas à área da saúde, debatendo em conjunto sobre a conduta mais adequada a ser seguida de acordo com cada caso; a Comissão de Humanização; a Comissão de Segurança do Paciente (COSEPA); a Comissão do Aleitamento Materno; e a Comissão de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e Cuidados Hospitalares, que apresenta três linhas de atuação, a saber: o Programa de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos casos em que se suspeitem ou confirmem maus tratos domiciliares e/ou institucionais às crianças que estão vinculadas ao Hospital São Lucas.

Esses programas ligados à Política de Humanização são de fundamental importância para uma instituição hospitalar, pois pretendem garantir a qualidade no trabalho do funcionário e na relação com o seu fazer profissional, trazendo benefícios também para o usuário receptor dos serviços prestados.

A Política Nacional de Humanização pretende repercutir na qualidade das relações entre usuários, gestores e cuidadores que também são usuários.

Outra política de saúde que norteou nossas ações foi a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), a qual abordaremos a seguir.

### **2.1.2 Política Nacional sobre Drogas**

A Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), competência da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), passou por um amplo processo democrático, que contou com a participação do Estado e também da população para o realinhamento da política vigente desde 2001, considerando o contexto regional, nacional e internacional, através de uma metodologia de interação entre governo e sociedade.

De acordo com a Legislação e Políticas Sobre Drogas (2010), essa revisão da PNAD, apresenta como objetivos da Política Nacional sobre Drogas ações como, por exemplo, o trabalho para a conscientização da sociedade brasileira quanto aos prejuízos sociais e às implicações negativas representadas pelo uso de drogas; a implementação e implantação de rede de assistência integrada pública e privada e intersetorial; a avaliação e acompanhamento sistêmico dos diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentadas em diversos modelos, como finalidade de promover as que obtiverem resultados favoráveis.

Sobre os tratamentos, a recuperação e a reinserção social, essa Política prevê que o Estado deve estimular, garantir e promover ações que incluam usuários, dependentes, familiares e populações específicas, para que a sociedade em geral assuma com responsabilidade ética, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais em âmbito municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas. Ainda sob este aspecto, ela também pretende, através das ações de reinserção familiar, social e ocupacional constituir um instrumento capaz de romper com o ciclo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos.

Como umas de suas diretrizes, a PNAD traz a promoção, a garantia da articulação e da integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional promovidas por diversos órgãos como as Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência, além de moradias assistidas pelo Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares.

Essa política traz em sua origem a indicação de ações intersetoriais entre diversos órgãos, serviços e as Políticas Públicas existentes. É isso o que fomenta o trabalho do Assistente Social inserido em processos de trabalho no Hospital São Lucas. Através do trabalho construído com a rede de serviços externa, que é possível se pensar no acesso e garantia de direitos aos usuários atendidos de forma pontual em âmbito hospitalar, até mesmo por essa instituição estar inserida na área da alta complexidade em saúde, trabalhando mais efetivamente com as Políticas relacionadas à saúde, mas também preocupados com as expressões da Questão Social que atravessam o cotidiano da vida dos sujeitos e que são fundamentais para se compreender os processos de adoecimento que levam à internação hospitalar.

A PNAD compreende a drogadição como problema de saúde pública de grandes proporções, o qual requer estratégias de enfrentamento que rompam com a perspectiva exclusivamente repressiva, investindo também em ações de prevenção que impõem, por sua vez, ações intersetoriais.

Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2012), para se entender os processos de drogadição, é preciso reconhecer o tripé

biopsicossocial da dependência química, que envolve o tipo de substância consumida, o indivíduo e o contexto social e familiar no qual ele está inserido. A inter-relação destes fatores pode proporcionar diferentes efeitos da droga, em diferentes indivíduos. Acredita-se que, quanto maior o número de possibilidades de apoio - através da família, comunidade, políticas públicas –, o risco de desenvolver a dependência química diminui, mesmo tendo contato com a droga.

Ao identificarmos na Análise Institucional as expressões da Questão Social presentes no cotidiano hospitalar, compreendemos que muitas dificuldades enfrentadas pela população são reflexo do contexto histórico dos quais fazem parte. As péssimas condições de moradia ou a ausência desta, a precariedade nas condições de saúde e educação, o desemprego, e outros fatores que atingem as classes subalternas, desencadeando, muitas vezes, os processos de adoecimento.

Historicamente, as classes menos favorecidas são as que mais necessitam da efetivação das políticas e programas de saúde e assistência social, pois, historicamente, esse segmento da população sempre foi privado de acessar os mesmos serviços que as classes dominantes, seja pela não interferência do Estado, seja pelas condicionalidades impostas, como, por exemplo, a vinculação ao mercado de trabalho formal exigida antes da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Esse caráter contributivo para acesso ao que agora entendemos como direito ainda influencia a sociedade, fazendo com que se mantenham práticas assistencialistas em diversos âmbitos da prestação de serviços oferecidos pela rede de apoio e a ideia de saúde pública como precária e ineficiente. O entendimento da assistência social como favor também se configura, até os dias de hoje, como principal entrave para a efetivação das políticas públicas nesse segmento, pois não favorece à sociedade com relação ao entendimento de seus direitos já garantidos por lei.

Como trataremos no capítulo seguinte, esta política tem estado em evidência devido ao avanço do crack e também de outras drogas, o que impõe a criação de estratégias inovadoras para o enfrentamento às vulnerabilidades presentes no cotidiano dos usuários.

A seguir, abordaremos a Política Nacional de Assistência Social, a qual, assim como a Política de Saúde, foi o horizonte de todas as nossas ações que tinham como perspectiva a intersectorialidade.

### 2.1.3 Política Nacional de Assistência Social

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) busca incorporar as demandas presentes na sociedade, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

Aprovada pela Lei 8.742 de sete de dezembro de 1993, a PNAS reconhece que para além das demandas setoriais e segmentadas, é preciso entender as especificidades, particularidades de cada espaço, de cada território e que esse reconhecimento faz diferença no manejo da própria política, considerando as desigualdades sócio-territoriais na sua configuração. Logo, é preciso pensar na constituição da rede de serviços, que cabe à assistência social prover, com vistas a conferir maior eficiência<sup>1</sup>, eficácia<sup>2</sup> e efetividade<sup>3</sup> em sua atuação específica e na atuação intersetorial. Ela significa garantir a todos que dela necessitam, e sem contribuição prévia, a provisão da proteção em âmbito social.

Baseada na Constituição Federal de 1988 e na LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social - a PNAS tem como diretrizes a descentralização político-administrativa, cabendo as normas gerais à esfera federal, e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características sócio-territoriais locais; a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; a primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo; e a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

Conforme disposto na LOAS e conforme o Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2004), a PNAS tem como princípios:

---

<sup>1</sup> Eficiente é aquilo que chega ao resultado com qualidade, competência, com nenhum ou o mínimo de erros. – Disponível em <http://www.scrittaonline.com.br/curiosidades/eficaz-x-eficiente-x-efetivo>

<sup>2</sup> Eficaz é aquilo que realiza perfeitamente determinada tarefa/função, produzindo o resultado pretendido. – Disponível em <http://www.scrittaonline.com.br/curiosidades/eficaz-x-eficiente-x-efetivo>

<sup>3</sup> Efetivo é aquilo que tem capacidade de funcionar satisfatoriamente e é verificável, executável. - Disponível em <http://www.scrittaonline.com.br/curiosidades/eficaz-x-eficiente-x-efetivo>

- A supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- A universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- O respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- A igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- A divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Em nosso Estágio Curricular Obrigatório, constatamos que, ainda que o Hospital São Lucas seja uma instituição de saúde, a condição de vida dos usuários impõe que se articule com a Política de Assistência Social, buscando garantir direitos vinculados a essa política.

Para dar conta, mesmo que precariamente, das necessidades dos usuários, o Hospital São Lucas conta com a participação de uma organização voluntária, sem fins lucrativos, que atua na distribuição de donativos como roupas e material de higiene e limpeza, além do fornecimento de refeições. A alimentação é para quem necessita, depois de observadas algumas condicionalidades, o que expressa uma contradição, visto que a Constituição Federal afirma alimentação como direito de todos. Dessa forma, esse direito vem sendo violado, à medida que se estabelece a seletividade.

Por se tratar de um auxílio oriundo de um serviço de voluntariado, e não de uma Política implementada pelo Hospital com vistas à garantia e efetivação dos direitos à assistência social a quem dela necessitar, as condicionalidades impostas para a distribuição dos donativos e das refeições pode se tornar um processo excludente e contraditório, cabendo ao Assistente Social desempenhar a função de eleger os “mais necessitados”, remetendo às antigas concepções de assistência

social com intervenções pontuais, focalizadas e com caráter de ajuda, criando sentimentos de inferioridade e de subalternidade perante uma sociedade à qual ele não se sente pertencente e, portanto, menos cidadão.

No que se refere ao direito ao alimento especificamente, o Serviço Social dentro do Hospital São Lucas trava constantes embates e tentativas de enfrentamento, através de propostas e projetos para a garantia do fornecimento das refeições aos familiares dos pacientes internados, assim como da disponibilidade de um espaço destinado ao consumo das mesmas de maneira confortável e adequada.

Esse é apenas um exemplo da mediação dos Assistentes Sociais junto à instituição. Posteriormente, trataremos o Serviço Social no Hospital São Lucas trataremos com mais especificidade.

O capítulo a seguir dedica sua atenção à temática do crack, droga utilizada pelas usuárias acompanhadas em nosso estágio curricular.

### 3 CRACK: EPIDEMIA OU INCIDÊNCIA NÃO ESPERADA?

O título indaga o que vem sendo problematizado pela mídia e por pesquisadores, e que será aprofundado no item 4.2.

Neste capítulo adensaremos a discussão sobre o crack – droga utilizada pelas puérperas acompanhadas durante o período de realização do estágio curricular. A bibliografia sobre esse tema ainda é escassa, por isso, debruçar-nos-emos especialmente em um autor, o jornalista Marco Antonio Uchôa, talvez um dos primeiros a debater sobre esse assunto especificamente.

#### 3.1 O CRACK CHEGA AO BRASIL: A TRAJETÓRIA DA DROGA

Conforme Uchôa (1996, p. 20) aponta em seu livro, o crack, uma droga derivada da cocaína, é feita a partir da mistura da pasta-base com água e bicarbonato de sódio. Essa mistura é levada ao fogo, onde é cozida até se ouvirem estalos, que indicam que a mistura está no ponto, daí o nome atribuído: “crack”. Tais estalos também podem ser ouvidos durante o uso da substância - geralmente em pequenos cachimbos - e são provocados pela reação da composição aquecida.

De acordo com Uchôa (1996), não se sabe exatamente quem teve a ideia de transformar a pasta-base de cocaína em pedra e não se tem relatos de qualquer gangue ou grupo organizado assumindo a sua autoria. Portanto, ainda há lacunas que provavelmente não serão preenchidas na história do crack, visto que, até então, não houve interesse de nenhuma pessoa ou grupo em atestar a responsabilidade pela criação dessa droga. Por conseguinte, não saberemos com exatidão sobre a intencionalidade dessa criação, e tão pouco se, quando no momento da origem da nova droga, tinha-se a dimensão das proporções que ela assumiria no contexto social mundial.

O Crack surgiu nos Estados Unidos em meados da década de 80, em Nova Iorque, e, pelos arquivos da polícia americana, as “pedrinhas da morte”, como foram chamadas à época, teriam sido introduzidas por quadrilhas de traficantes jamaicanos, que se encarregaram de espalhar a droga por várias cidades em pouco tempo (UCHÔA, 1996). Porém, a autoria da “receita” é questionada nas ruas, sendo – possivelmente – atribuída a outros traficantes tão poderosos quanto os jamaicanos, como os mexicanos, peruanos, colombianos e bolivianos, justamente

por serem oriundos de países habitualmente fornecedores de matéria-prima (drogas).

O crack teria surgido em um momento de grande pressão policial, no início da década de 80, para a identificação de laboratórios de refino de cocaína que começaram a se estabelecer nos Estados Unidos. Essa pressão dificultava a exportação da massa, o que acabou gerando a necessidade de se “trabalhar essa massa” para não perder dinheiro. Assim, a criação do Crack teria sido motivada por esses fatores: a grande quantidade de pasta-base e a dificuldade em mandá-la para o refino. (Uchôa, 1996).

Em 1987, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Social da Universidade de Michigan identificou que um em cada dezoito alunos do colegial já havia experimentado cocaína ou crack. Arnould Washton, pesquisador de um serviço de atendimento a viciados e psiquiatria de um Hospital de Nova Iorque pesquisou o perfil do americano viciado em crack. Segundo ele, e reiterado por Uchôa (1996), – essa droga estava, naquele momento histórico, sendo utilizada por adultos e adolescentes; negros e brancos; pobres e ricos. Em percentuais, os dependentes de crack eram: 72% homens; 94% tinham entre 20 e 39 anos; 57% ganhavam mais do que dezesseis mil dólares por ano. Quanto ao gasto com a droga, para 75% dos dependentes chegava a cem dólares por semana. O pesquisador comenta, ainda, que o fato de a droga ter baixo custo é um “desastre nacional”, pois atraiu um grande número de pessoas com baixo poder aquisitivo, gerando um grande número de novos dependentes.

Ainda de acordo com Uchôa (1996), a proliferação do crack está diretamente relacionada com outros efeitos, como a multiplicação de novos grupos sociais. Estes grupos, por ele denominados de “gangues”, eram controlados por negros, asiáticos, colombianos, cubanos, bolivianos e jamaicanos e eram considerados pelos policiais como os mais violentos em suas operações, ou seja, grupos excluídos do poder e, provavelmente, de baixo poder aquisitivo. Essa relação entre o crack e a proliferação das “gangues” é explicável pelo fato de que um quilo de cocaína custava, naquela época, aproximadamente dez mil dólares, o que poderia ser convertido em dez mil porções de crack, o que traria retorno garantido de cerca de duzentos e cinquenta mil dólares. Deste modo, um negócio lucrativo, que não requer grande investimento inicial, foi assumido por jovens com o “passado complicado” e que, teoricamente,

não teriam “nada a perder”, o que resulta na violência pela disputa de força e poder (Uchôa, 1996).

No início da década de 80, conforme relata Uchôa (1996), eram registrados entre 20 e 30 homicídios em Nova Iorque devido ao tráfico de drogas. Em 1986, o índice foi de 35; 39 em 1987; e de 80 homicídios no final de 1995. Na justiça americana, em 1988 foram registrados cerca de 20 mil casos de pessoas envolvidas com o crack. Sete anos depois, esse número já havia subido para 45 mil e não parou de crescer, desencadeando uma média de quinze mil prisões por ano. Em 1987, conforme Uchôa (1996), começaram a chegar ao Brasil, mais detalhes sobre o crack, que já era tratado nos Estados Unidos como epidemia.

O ano de 1988 foi marcado por diversos fatores: shows internacionais, Brasil nas Olimpíadas de Seul, enchentes, greves, o “sobe-desce” de ministros do Governo e, ainda, grandes discussões acerca da Nova Constituição. Coincidentemente ou não, a maior inserção de público internacional no país e a maior concentração de pessoas podem ter favorecido a expansão do crack pelo Brasil. Naquele ano, retrata Uchôa (1996), os paulistanos começaram a notar nas ruas dos bairros pobres da periferia de São Paulo pessoas com comportamento “estranho” após fumar em um cachimbo pequenas pedras porosas, com aparência de sabão ou cera, de um tom amarelado, branco sujo.

Não é possível afirmar como a droga chegou ao Brasil, mas atraiu inicialmente, conforme Uchôa (1996), pessoas sem dinheiro para comprar cocaína – a droga dos ricos – como pessoas em situação de rua, por exemplo. Porém, também atraiu uma legião de curiosos em experimentar o “novo barato”, cinco vezes mais potente que a cocaína em pó, conforme classificação do próprio Governo Americano.

As pessoas que eram apresentadas à droga a fumavam em cachimbos feitos com pedaços de antenas de carro, bocal de lâmpadas, copos de iogurte e garrafas de água mineral, por exemplo. Conforme Uchôa,

Na metade do pote é introduzido um tubo, canudo. Embaixo um pouco de água. O pote é recoberto com papel laminado perfurado. A pedra de crack é colocada sobre os furos do papel para ser queimada junto com cinzas de cigarro. Aspira-se a fumaça que desce para o interior do pote. Esse é o sistema tradicional, adotado pelos viciados americanos. (UCHÔA, 1996, p.31)

Também segundo o autor, quem ensinou aos brasileiros a técnica de improvisar o cachimbo é outro mistério. Relata ainda que outras pessoas preferem fumar a pedra direto em um cachimbo e que, nesse caso, a fumaça evapora-se com mais facilidade. Outros ainda acoplam os tradicionais cachimbos a recipientes improvisados, onde possa ser possível adicionar água para concentrar mais a fumaça, sendo este o sistema mais utilizado, na época de sua pesquisa para a construção do livro, na periferia e no centro da cidade de São Paulo.

A partir de 1991, as “paneladas do crack” – expressão usada para definir a forma de fabricação da droga (em panelas ao fogo) – ganharam destaque na imprensa. Era a forma “industrial” de fabricar as pedras e distribuí-las para toda a cidade, e traficantes da região confirmaram que cada ponto de venda da droga possuía a sua “cozinha” (UCHÔA, 1996).

Em pouco tempo, muitos pontos de venda de cocaína em pó passaram a vender apenas pedras de crack, estratégia inicial para divulgação da nova droga e que acabou dando certo, criando uma demanda assídua. Embora aparentemente a pedra de crack seja mais barata em relação à cocaína, por exemplo, em longo prazo a manutenção do vício garante ao traficante maior lucro.

Nos cinco mil pontos de venda de drogas em São Paulo, catalogados pelo DENARC – Departamento Estadual de Prevenção e Repreensão ao Narcotráfico –, 80% só vendem crack. Refletindo brevemente, o fato de o próprio DENARC ter essa informação demonstra o poder da droga na cidade, pois, mesmo tendo conhecimento desse dado, nenhuma ação é eficaz (UCHÔA, 1996).

Em 1996, a polícia calculava cerca de 150 mil dependentes de crack, porém, conforme ressalta Uchôa (1996), esses números precisam ser vistos com cautela, pois essa estatística tem base em apreensões, prisões e análises da região onde a droga foi encontrada. Portanto, esses dados podem não expressar a realidade, mas servem como estimativa para dar dimensão a esse “mercado”.

O perfil inicial do craqueiro no final dos anos 80 era: pobre, com menos de trinta anos, passado de drogas, vivendo em bairro degradado, em família desestruturada, [...]. Esse perfil foi alterado com o ingresso de pessoas de classe média nas filas dos pontos de venda para conseguir uma pedra [...]. (UCHÔA, 1996, p. 43)

A partir da década de 1990, a droga passou a ser encontrada também no interior do Estado de São Paulo e, alguns anos depois, já representava 60% do volume de drogas consumidas em Ribeirão Preto, conhecida como a “Califórnia

Brasileira” por sua população endinheirada, conforme expressa Uchôa (1996). O autor acrescenta que, sob esse contexto, o crack já havia rompido as barreiras entre os usuários e estava ingressando cada vez mais em todas as classes sociais.

Separadas por apenas quatrocentos quilômetros, as duas maiores cidades do país – Rio de Janeiro e São Paulo – são mercados férteis para a experimentação e para o comércio de drogas. Contudo, há diferenças importantes. O mercado carioca – desde a década de 1990 – era taxado pelos próprios traficantes como “conservador”, comercializando apenas cocaína e maconha nos morros e também fora deles. Prova disso é que, até abril de 1996, a superintendência da Polícia Federal não registrou nenhuma apreensão de crack no Estado do Rio de Janeiro.

A cultura do tráfico no Rio é definida. O fato do crack não ter entrado no Estado é uma prova da força dessa cultura. A população carente, instalada nos morros, seguem à risca os mandamentos dos líderes locais. Moram em zonas de exclusão onde o Governo está pensando agora em se aproximar. Essas pessoas pedem tudo ao traficante e os respeitam como autoridades. O crack é visto pelos líderes como uma droga maldita. Aliena quem fuma. O tráfico é organizado e essa droga tem poder para destruir essa organização. Com isso, o território de um grupo ficaria vulnerável para o ataque e domínio de outro grupo. No caso do crack, o traficante não vê o lado econômico, o quanto de dinheiro poderia ganhar se vendesse pedra, mas a questão da continuidade dos negócios. (UCHÔA, 1996, p. 54)

De acordo com o levantamento realizado pelo autor, nas clínicas cariocas de recuperação – sessenta, naquela época – o número de viciados em crack não era significativo. Em uma das principais clínicas, de 1993 a 1996 foram registrados onze atendimentos, em sua maioria jovens, e apenas cinco deles eram cariocas. Conforme relato do conselheiro da clínica, Luiz Eduardo Bontempo, grande parte dos atendimentos eram prestados a pessoas de outros Estados, como Minas Gerais e São Paulo.

Para Marcelo José Lopes de Souza, professor do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e coordenador do Núcleo de Pesquisas sobre Desenvolvimento Sócioespacial, não era exatamente verdade que o crack não havia entrado no Rio de Janeiro. Para ele, o crack estaria nas mãos de “usuários-revendedores” ou de pequenos grupos dissidentes do Comando Vermelho e Terceiro Comando, formados após brigas entre eles. Assim, o crack estaria escondido nas brechas da desorganização do tráfico (UCHÔA, 1996).

Em junho de 1994, o Jornal do Brasil trazia a matéria sobre o crack, intitulada como “Crack chega de vez ao Rio e já é ameaça para os jovens”, matéria que

associava a inserção do crack ao receio dos usuários de drogas injetáveis em contraírem o vírus HIV, carregando em seu conteúdo adjetivos para a nova droga: “pedra da morte”; “a droga mais perigosa desse fim de século”; “a droga mais sedutora dos últimos trinta anos”; tratando a questão de forma alarmista.

Conforme matéria publicada no Jornal do Brasil, Menezes (2010) já dava destaque a uma nova realidade: a venda do crack nas favelas fluminenses já atingia 30% do faturamento dos traficantes. Para além desse dado, a matéria ainda abordava outro fato importante: fragmentos das pedras de crack eram misturados às porções de maconha sem que o consumidor tivesse conhecimento, composto que ficou conhecido como “zirrê”, “craconha” e “criptonita”. A mistura acabava por tornar cada vez mais usuários de outras drogas em usuários de crack, aumentando a procura e o consumo.

Contudo, de acordo com Kessler e Pechansky (2008), muitos dos usuários de drogas injetáveis – que optaram pelo uso do crack para substituir esse tipo de drogas acabaram desenvolvendo uma forma alternativa de consumir o crack, em latas de alumínio furadas e com o auxílio de cinzas de cigarro, modelo parecido com o adotado pelos americanos – passaram a estar em situação de ainda mais risco, pois, além do risco continuado de queimaduras labiais, havia a hipótese da elevação dos níveis de alumínio no sangue desses usuários, o que poderia causar ainda mais danos ao sistema nervoso central.

No que compete ao risco de exposição ao HIV, um estudo publicado em 2006 por Perchansky demonstrou que o perfil dos usuários de crack era muito parecido com os usuários de cocaína injetável. De acordo com essa pesquisa, estes usuários apresentavam baixo nível socioeconômico e maior tendência em trocar sexo por drogas, o que acabaria por expressar uma alta taxa de soro prevalência quando comparada a usuários de cocaína.

Observando a trajetória do crack a partir da década de 1980, entende-se que há alguns anos atrás, quando o crack chegou ao Brasil, seu uso estava restrito às classes mais pobres de nossa sociedade, por ser considerada uma droga barata, difundindo-se com facilidade entre as pessoas em situação de rua, por exemplo. Atualmente, estima-se que a droga já esteja presente em praticamente todas as classes sociais, e que uma das principais causas de seu uso e consumo cada vez mais frequente é a necessidade da busca pelo prazer e satisfação.

De acordo com o Senado Federal, a estimativa obtida através do Censo de 2010 era de 2,3 milhões de usuários de crack no Brasil, sendo maior o consumo entre os homens em relação às mulheres. Porém, a falta de estatísticas atualizadas e confiáveis sobre o número real de pessoas envolvidas com o crack dificulta a implementação de políticas públicas efetivas de combate ao consumo.

Na tentativa de responder a indagação no título desta seção, a seguir abordaremos o que é epidemia, conceito e as principais epidemias identificadas na história da humanidade.

### 3.2 EPIDEMIAS, HISTÓRIA E CONCEPÇÃO

Atualmente, ouve-se com frequência a expressão “epidemia do crack” para justificar o aumento do número de dependentes da droga e do uso e consumo da mesma. Principalmente a mídia tem destacado um discurso em que há ênfase no termo epidemia.

De acordo com o Ministério da Saúde, epidemia é entendida como:

É a ocorrência, numa coletividade ou região, de casos da mesma doença (ou surto epidêmico) em número que ultrapassa nitidamente a incidência normalmente esperada, e derivada de uma fonte comum ou que se propagou. O número de casos que caracteriza a presença de uma epidemia varia segundo o agente infeccioso, o tamanho e o tipo da população exposta, sua experiência prévia com a doença ou a ausência de casos anteriores e o tempo e o lugar da ocorrência. (BRASIL, 1977, p. 29)

Em concordância, a Organização Pan Americana da Saúde aporta que epidemia:

“(...) é a ocorrência de casos de doenças ou outros eventos de saúde com uma incidência maior do que a esperada para uma área geografia e período determinados. O número de casos que indicam a presença de uma epidemia varia conforme o agente, o tamanho e tipo da população exposta, sua experiência prévia ou ausência de exposição à doença e o lugar e tempo de ocorrência”. (OPAS, 2010, p. 14).

Esse conceito foi utilizado no lançamento do Programa “Crack: é Possível Vencer”, do Governo Federal, em 2011. A ideia de que o Brasil vivia uma epidemia de crack serviu de alicerce para a implantação do Programa para o qual foram destinados quatro bilhões de reais e que desencadeou medidas polêmicas como a internação compulsória e o apoio às chamadas comunidades terapêuticas.

O médico Ricardo Paiva, da Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina e coordenador do Projeto que elaborou as diretrizes de assistência integral ao crack, afirmou em 2011 que o Conselho Federal de Medicina

já reconhecia o crack como uma epidemia, compreendendo como uma questão de saúde pública grave. Segundo ele, uma epidemia não ocorre somente em casos de doenças contraídas com o contágio por contato pessoal, mas o termo também se aplicaria quando o número de casos está avançado.

Porém, em entrevista concedida ao jornalista André Antunes, o psiquiatra e doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Sergio Alarcom, explica que pesquisas de abrangência nacional sobre o uso do crack existem, mas que são antigas ou parciais, como, por exemplo, as baseadas em inquéritos domiciliares ou as que têm metodologias discutíveis, como as que avaliam o crescimento da circulação de determinada droga pelo número de apreensões realizadas pelos órgãos competentes e aparelhos repressivos e que, por esse motivo, “falar que estamos vivendo uma epidemia do crack baseado nesses dados é, no mínimo, leviano – para não dizer absurdo – do ponto de vista científico” (ALARCOM, 2013).

Logo, podemos compreender que em nossa sociedade, atualmente, falar em epidemia, pela lógica do senso comum, está associado a falar sobre os males que assolam a sociedade, ou seja, a expressão vem sendo utilizada para falar sobre muitos problemas que atacam a sociedade, relacionadas a diversas áreas, como por exemplo, política, economia e segurança pública.

Para adensarmos a reflexão sobre o conceito de epidemia do Ministério da Saúde e da Organização Pan Americana da Saúde, bem como a aplicação ou não desse conceito para a realidade vivenciada pela população brasileira em relação ao avanço do consumo de crack, faremos uma retrospectiva histórica sobre as epidemias que afetaram nosso país desde a sua colonização e também trataremos das principais epidemias que assolaram o mundo, abordando os efeitos nas populações afetadas. A visita histórica é fundamental para entendermos como esses processos se constroem historicamente e impactam a vida em sociedade em determinado tempo histórico.

De acordo com Scliar (2011), os primeiros navegadores que chegaram ao Brasil ficaram impressionados com as condições e saúde apresentadas pelos índios que aqui habitavam: tinham aspecto saudável, alimentavam-se de produtos naturais, não eram sedentários e não cultivavam hábitos nocivos à saúde. Embora eles usassem o tabaco esporadicamente em alguns rituais, fato que não representava um problema de saúde para eles à época, já que os agravantes do uso dessa

substância apenas se consolidaram após a industrialização e comercialização do cigarro.

Durante a colonização, os europeus trouxeram na sua bagagem, além do interesse econômico, micróbios causadores de doenças para as quais os índios não possuíam imunidade, por esse motivo, passaram a adoecer e a morrer com facilidade (SCLIAR, 2011). Assim, ainda conforme esse autor (2011), ao longo do tempo foi criada uma “guerra biológica” pelos colonizadores, tanto da América do Sul como da América do Norte, que queriam se apossar das terras indígenas. Para isso, espalhavam roupas de pessoas que haviam contraído varíola pelos caminhos por onde andavam, para que os índios, ingenuamente, vestissem-nas e contraíssem a doença que os levaria à morte, ocasionando a primeira epidemia de varíola no Brasil em 1563.

Com o passar do tempo, outras doenças foram sendo introduzidas no Brasil, como a malária, a febre amarela, a tuberculose e a peste bubônica, também conhecida como peste negra. Tal fato deixou toda a população sujeita a elas, tanto os escravos negros pelas péssimas condições em que viviam quanto os brancos, por não existirem vacinas ou tratamentos eficazes disponíveis. O surgimento das cidades com precárias condições de saneamento e higiene e a assistência à saúde deficiente também contribuíram para o avanço das doenças (SCLIAR, 2011).

Ainda segundo o autor, em 1850, devido a uma grande epidemia de febre amarela, foi criada a Junta Central de Saúde Pública, precursora do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que chegava ao Brasil o conceito de medicina tropical, decorrente do colonialismo europeu, que tinha foco nas doenças que dizimavam a mão-de-obra e dificultavam o comércio de produtos coloniais. Os médicos, sob essa lógica, concentravam suas pesquisas e estudos nos problemas mais prevalentes no trópico.

As doenças infecciosas eram muito frequentes no Rio de Janeiro, então capital federal, onde ocorreu um episódio dramático que envolveu o navio italiano Lombardia, o qual estava em visita ao nosso país. Este navio trazia trezentos e quarenta tripulantes, dos quais apenas sete não contraíram a febre amarela, sendo que, dos contaminados, duzentos e trinta e quatro morreram. A notícia se espalhou e o porto do Rio de Janeiro passou a ser evitado pelas companhias de navegação internacionais, o que resultou na dificuldade em exportar o principal produto brasileiro – o café –, ocasionando o não pagamento da dívida externa (SCLIAR,

2011). Abrimos espaço para lembrar que esse tipo de situação desencadeou ações em saúde dirigidas aos portos para garantir o escoamento de produção, ação de saúde, porém com interesse econômico.

Conforme Scliar (2011), Oswaldo Cruz - jovem cientista familiarizado com os progressos da microbiologia através de estágio realizado em Paris – assumiu a Diretoria de Saúde Pública, antecessora do Ministério da Saúde, durante o governo de Rodrigues Alves, recebendo carta branca para combater as pestilências, o que fez com autoritarismo e competência, inclusive através de grandes campanhas sanitárias. No combate à febre amarela, o intuito era combater os focos de mosquito, o que trouxe resultados e reduziu o número de casos; no combate à peste bubônica, doença causada por um micróbio transmitido pela pulga de ratos, o foco foi o roedor e novamente obteve êxito. Porém, no caso da varíola, doença para qual já havia vacina, surgiram problemas sérios, pois a vacinação era obrigatória e feita por funcionários que não tinham habilidade para abordar as pessoas. O atestado de vacinação era fornecido através de médicos privados, mediante pagamento, e exigido para a obtenção de emprego. Outro fator importante era a falta de comunicação entre a população e os serviços de saúde, o que fomentava a circulação de boatos assustadores sobre a vacina. Circulava que, por ser extraída de vacas, deixaria a pessoa com cara de bezerro. Tal processo histórico culminou em 1904 na chamada Revolta da Vacina, caracterizada pela revolta popular contra as ações de saúde impostas, e que acabou desencadeando mortes entre a população, além de muitos feridos.

De acordo com Sevcenko (1984), o real número de mortos na Revolta da Vacina, ocorrida em um momento de transformação da sociedade brasileira, nunca foi contado, e nem seria possível, já que muitas pessoas morreram “bem longe do palco dos acontecimentos” (SEVECENKO, 1984). Porém, a Revista Eletrônica de Ciências informa trinta mortes, cento e dez feridos e mil detidos.

Para retratar o descontentamento gerado naquela época, Sevcenko apresenta depoimentos de alguns membros da oposição ao governo e ao modelo sanitário, como, por exemplo, o discurso do médico Soares Rodrigues, que protestava contra os métodos violentos, e também a fala de Lauro Sodré, Senador pelo Distrito Federal, ex-militar e positivista, que viria a se tornar uma das figuras centrais da Revolta da Vacina, que alertava, segundo Sevcenko, para a feição

despótica da lei da vacinação obrigatória: “uma lei arbitrária, iníqua e monstruosa, que valia pela violação do mais secreto de todos os direitos: o da liberdade de consciência” (SEVCENKO, 2011, p.29).

Retornando ao enfoque desse capítulo, que são os conceitos e as principais epidemias no Brasil e no mundo, abordaremos brevemente alguns dados sobre as epidemias das quais se tem conhecimento. As informações a seguir foram capturadas do site oficial da Organização Mundial da Saúde e servem para ilustrar nossa discussão.

- Peste Negra: também conhecida como Peste Bubônica, deixou cinquenta milhões de mortos na Europa e Ásia entre 1333 e 1351. Foi causada por uma bactéria transmitida através de pulgas comuns em ratos, acarretando a inflamação dos gânglios linfáticos, seguida de tremedeiras, dores localizadas, vertigem, febre e apatia. A Peste Negra foi sendo combatida à medida que se melhorava as condições de saneamento e higiene das cidades, o que fez diminuir a quantidade de ratos em meio urbano. A figura 1, a seguir, ilustra a situação durante esta epidemia.

Figura 1 – A Peste Negra



Fonte: <http://www.novidadediaria.com.br/saude/doencas/doenca-peste-negra>

- Cólera: teve sua primeira epidemia em 1817. Desde então, o vibrião da cólera sofreu diversas mutações, causando novos ciclos epidêmicos e vitimando

centenas de milhares de mortos. A contaminação ocorria a partir da ingestão de água ou de alimentos contaminados, e a bactéria se multiplicava no intestino provocando uma diarreia intensa.

Figura 2 - A Cólera



Fonte: <http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/C%C3%B3lera>

- Tuberculose: fez um bilhão de mortos entre 1850 a 1950. O combate à doença foi acelerado em 1882, depois da identificação do bacilo causador da tuberculose. Nas últimas décadas, ela ressurgiu com força nos países mais pobres, inclusive no Brasil, e também como doença oportunista nos portadores do vírus HIV. É uma doença altamente contagiosa que se transmite de pessoa para pessoa através das vias respiratórias, atacando principalmente os pulmões. A figura 3, a seguir, ilustra a enfermidade.

Figura 3 – A Tuberculose



Fonte: <http://www.nossagente.net/tuberculose-o-que-voce-tem-a-ver-com-isso>

- Varíola: atormentou a humanidade e fez mais de trezentos milhões de mortos. Assim como a tuberculose, também era transmitida entre as pessoas principalmente através das vias respiratórias, causando febre, erupções na garganta, boca e rosto, podendo também ocasionar cicatrizes pelo corpo. A vacina contra a varíola foi descoberta em 1796 e a doença foi erradicada do planeta desde 1980, após campanha de vacinação em massa. A imagem da Figura 4, a seguir, ilustra os visíveis sintomas da doença.

Figura 4 – A Varíola



Fonte: <http://www.euachei.com.br/educacao/doencas/variola/>

- Gripe Espanhola: vitimou vinte milhões de pessoas entre 1918 e 1919. Causada pelo vírus Influenza, fez vítimas pelo mundo todo, inclusive no Brasil, onde foi responsável pela morte do Presidente Rodrigues Alves. Ela se propaga pelo ar, através de gotículas de saliva e espirros, e tem como principais sintomas fortes dores na cabeça e no corpo, calafrios e inchaço nos pulmões. É importante salientar que o vírus Influenza está em permanente mutação, por isso não se pode afirmar que a população esteja completamente imune a ele.

Figura 5 – A Gripe Espanhola



Fonte: <http://guiadoestudante.abril.com.br/estude/atualidades/grandes-epidemias-seculo-20-495519.shtml>

- Tifo: é causado por uma bactéria presente nas pulgas dos ratos. Assim como a Peste Negra, essa doença se destacou em locais onde a miséria fornecia condições para a proliferação dos ratos e, conseqüentemente, das bactérias - como os países do Terceiro Mundo, campos de refugiados e de concentração e guerras. O tifo epidêmico aparecia quando a pessoa coçava a picada da pulga, misturando as fezes contaminadas do inseto na própria corrente sanguínea, e causava dores de cabeça e nas articulações, febre alta, delírios e erupções cutâneas hemorrágicas. Ele fez três milhões de mortos na Europa Oriental e Rússia entre 1918 e 1922.

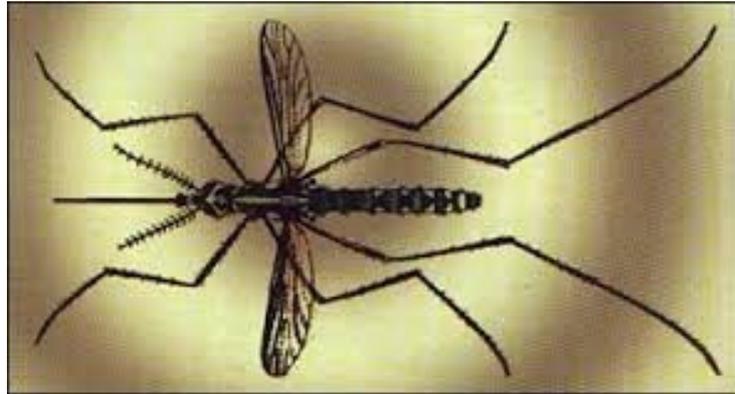
Figura 6 – O Tifo



Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Tifo\\_epid%C3%A9mico](http://pt.wikipedia.org/wiki/Tifo_epid%C3%A9mico)

- Febre Amarela: mais de trinta mil mortos na Etiópia entre 1960 e 1962, mas também já causou epidemias na África e nas Américas. O vírus, que tem uma versão urbana e outra silvestre, é transmitido através da picada do mosquito transmissor (Figura 7), que antes já picou outra pessoa infectada. Entre os principais sintomas estão mal estar, febre alta, cansaço, calafrios, diarreia, vômitos e náuseas. Geralmente, a recuperação era rápida – em torno de três a quatro dias – mas em alguns casos havia sintomas mais graves, que levaram muitas pessoas à morte. A vacina contra a febre amarela pode ser aplicada a partir dos doze meses de vida e renovada a cada dez anos.

Figura 7 – Mosquito Transmissor da Febre Amarela



Fonte: <https://www.10emtudo.com.br/artigo/biografia-de-osvaldo-cruz/>

- Sarampo: seis milhões de mortos por ano até 1963. Ele era uma das principais causas de mortalidade infantil até 1963, ano da descoberta da vacina, que foi aperfeiçoada com o passar dos anos, contribuindo para a erradicação da doença em vários países. Altamente contagioso, é causado por um vírus propagado por meio de secreções mucosas de indivíduos doentes, como, por exemplo, a saliva. Ele causa pequenas erupções avermelhadas na pele, febre alta, dor de cabeça, inflamação das vias respiratórias e mal estar. A vacina pode ser aplicada aos nove meses de idade e re aplicada aos quinze meses.

Figura 8 – O Sarampo



Fonte: [http://www.lookfordiagnosis.com/mesh\\_info.php?term=sarampo&lang=3](http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=sarampo&lang=3)

- Malária: responsável por mais de três milhões de mortos por ano desde 1980, é considerada pela Organização Mundial da Saúde como a pior doença tropical e parasitária, perdendo a gravidade somente para a Aids. A contaminação se dá pelo sangue, através da picada do mosquito (Figura 9) contaminado com o protozoário da malária. Esse protozoário destrói as células do fígado, os glóbulos vermelhos e, em alguns casos, as artérias que levam o sangue até o cérebro.

Figura 9 – Mosquito Transmissor da Malária



Fonte:<http://www.wscom.com.br/noticia/saude/MALARIA+E+CONFUNDIDA+COM+OUTRAS+DOENCAS+-105344>

- Aids: mais de vinte e dois milhões de mortos desde 1981, quando foi identificada nos Estados Unidos e, desde então, considerada epidemia pela Organização Mundial da Saúde. O vírus HIV é transmitido através do sangue, do esperma, da secreção vaginal e do leite materno. Ele destrói o sistema imunológico, deixando o organismo suscetível a doenças causadas por outros vírus, bactérias, parasitas e células cancerígenas. Ainda não existe cura, e o tratamento é feito através de coquetéis de drogas que inibem a multiplicação do vírus, mas não o eliminam do organismo.

Figura 10 – Portador do Vírus HIV



Fonte: <http://science.nationalgeographic.com/science/photos/aids/>

Com base no exposto com relação às epidemias, é possível concluir que o Crack, do ponto de vista científico e dos indicadores de órgãos oficiais de saúde, não pode ser tratado como uma epidemia. Apesar de vitimar muitas pessoas e gerar a precarização das condições de saúde do usuário - que fica mais exposto a processos de adoecimento pela contaminação por doenças físicas e/ou psicológicas, pelas vulnerabilidades e também pela fragilidade dos vínculos, muitas vezes conduzindo à margem da invisibilidade social -, o consumo do crack é feito a partir de uma decisão do próprio usuário, consciente ou não, não sendo transmitido por nenhum vírus ou bactéria, por exemplo. Porém, deve ser tratado, como aponta a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), como uma questão de Saúde Pública de grandes proporções (BRASIL, PNAD, 2005), ou seja, **uma incidência não esperada, e não uma epidemia**. Assim, respondemos ao título desse capítulo.

## 4 O SERVIÇO SOCIAL, O CRACK E A INTERSETORALIDADE

A partir do reconhecimento da necessidade de intervir na realidade social, no processo saúde-doença, foi criado o Serviço Social no Hospital São Lucas, em 1977.

Neste espaço sociorganizacional, o Serviço Social tem como missão:

“O compromisso de prestar atendimento social aos pacientes, familiares e funcionários identificando as mais diferentes expressões da questão social, que se revelam como fatores impeditivos para que consigam alcançar melhores condições de saúde”. (HSL, 2013 - 2014)

Conforme Iamamoto (1997), um dos principais desafios que o Assistente Social enfrenta em seu espaço de trabalho é o desenvolvimento da capacidade de realizar a leitura da realidade e construir propostas de trabalho e de intervenção criativas e, ao mesmo tempo, capazes de efetivar e preservar direitos a partir das demandas do cotidiano, atuando como um profissional propositivo e não apenas executor das políticas públicas, respaldado por uma postura ética.

### 4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL SÃO LUCAS

Em consonância ao disposto, observamos que a intervenção do Assistente Social no Hospital São Lucas é mobilizada pela procura espontânea do paciente ou família, e por solicitação de profissionais da equipe de Saúde.

A rotina do Serviço Social acontece de segunda-feira a sexta-feira, das 08 horas às 21 horas, quando são realizadas as seguintes ações: contatos com a equipe; entrevistas com o paciente, familiares e/ou amigos; evolução em prontuários; contatos telefônicos e contatos mobilizando encaminhamentos para a rede de serviços externa; reuniões e visitas em instituições; e a elaboração e encaminhamento de laudos técnicos para órgãos competentes. É importante destacar que essas ações são iluminadas por um referencial teórico, por um Projeto Ético-Político e, portanto, têm uma direção social. É sobre isso que falaremos neste capítulo.

O quadro de funcionários da equipe de Serviço Social no HSL esteve composto, durante o período de estágio, por cinco assistentes sociais, duas

residentes e quatro estagiárias. Compondo a rede de saúde interna e a equipe multidisciplinar que atua nos atendimentos aos pacientes, estão as equipes médica, de enfermagem, de odontologia, de fisioterapia, de psicologia, de pedagogia, de nutrição, de psiquiatria, de fonoaudiologia, de residência médica, de voluntariado e de serviço social, assim como a Comissão dos Direitos do Paciente Adulto e o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente.

Como rede de serviços externa, o HSL se articula com as Unidades Básicas de Saúde, Conselhos Municipal/Estadual do Idoso, delegacias especializadas (criança e adolescente, mulher, idoso, etc.), Defensoria Pública, Ministério Público, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, Conselho Tutelar, INSS, Módulos da FASC (CRAS e CREAS), Fóruns e, também, outros hospitais do Estado, sempre em uma perspectiva de desenvolver ações intersetoriais.

Dentro do Hospital São Lucas, o Serviço Social atua nas áreas: Centro Obstétrico; Alojamento Conjunto; UTI Neonatal; Internação Pediátrica; UTI Pediátrica; Internação Geriátrica; Internação Adulto; Internação do Programa de Cirurgia de Epilepsia; UTI e UTICV; Nefrologia/Transplante (Ambulatório, Internação e Hemodiálise); Saúde do trabalhador; Quimioterapia; Radioterapia e Emergência. O Serviço Social participa, também, dos seguintes programas de Proteção às Vítimas de Violência: Comissão dos Direitos da Criança e do Adolescente e Cuidados Hospitalares – Núcleo de Proteção da Criança e Adolescente e Comissão dos Direitos do Paciente Adulto (HSL, 2013 – 2014). Faz parte, ainda, do Comitê de Bioética HSL; da Comissão de Humanização – PNH/MS; Comissão de Segurança do Paciente – COSEPA; Comissão do Aleitamento Materno; Programa de Assistência Integral à Saúde do Trabalhador – PAIST e Comissão de Revisão de Prontuários.

O setor de Serviço Social no Hospital São Lucas atende diariamente muitas pessoas, em suas diversas áreas de atuação, desde a emergência até a internação. Estas pessoas se configuram como usuários do Serviço Social neste espaço de inserção do trabalho profissional e, em grande parte, são oriundas de várias regiões do município de Porto Alegre, Região Metropolitana e interior do Estado. O fato de o HSL atender populações do interior impõe o envolvimento do Serviço Social em várias situações criadas por essa condição, como transporte, alimentação e estadias, por exemplo.

Neste contexto, o Assistente Social se faz presente para atender às mais variadas demandas e aos diversos perfis de usuários, considerando seu modo e condições de vida, amparados nos princípios do seu Código de Ética, na defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo, equidade, justiça, ampliação e reconhecimento da cidadania e o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, entre outros.

Frente às diversas e dramáticas expressões da questão social, o assistente social precisa estar preparado para intervir, de forma a garantir a autonomia dos sujeitos, autonomia entendida como a capacidade do sujeito em decidir sobre o que considera melhor e ou mais importante para a construção da sua qualidade de vida, de acordo com a realidade vivenciada por ele. No caso dos sujeitos incluídos em nosso Projeto, essa autonomia é posta em questão não em importância, mas nas reais condições, visto que eram mulheres com uso abusivo de drogas, demandando proteção.

Algumas dessas expressões da Questão Social se apresentam no Hospital São Lucas como violência doméstica, maus tratos, miséria, fome, falta de recursos, drogadição, etilismo, tabagismo e não adesão aos tratamentos impossibilidade de chegar ao hospital e a falta de recursos para a compra de remédios, por exemplo.

Nas Unidades onde ocorreram o estágio curricular, relacionadas à área Materno-Infantil – Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e UTI Neonatal –, podemos observar situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas mães ali internadas, seus bebês e sua família. Foi possível, ainda, observar que a drogadição é um fator que atinge grande parte das mães atendidas por essa maternidade.

A dimensão e a complexidade do crescente número de dependentes de crack e outras drogas demandam do poder público e da sociedade respostas mais abrangentes, combinando ações nas esferas da segurança pública, saúde, assistência social e educação, em um plano nacionalmente articulado de enfrentamento ao consumo de drogas, apontando para a importância da dimensão preventiva destas ações.

Através da observação feita a partir de casos atendidos no Hospital São Lucas, identificamos a drogadição por parte de mães e a falta de apoio familiar devido a esta situação de vulnerabilidade como principais fatores contribuintes para acolhimentos judiciais de crianças recém nascidas, no âmbito hospitalar. Isso ocorre porque, na ausência de um terceiro - geralmente membro familiar com vínculos

estabelecidos - a mãe, identificada como usuária de drogas, é impossibilitada de sair sozinha com seu bebê dessa maternidade. Essa medida, que por vezes, para o senso comum, pode parecer extremamente punitiva e agressiva, é tomada na tentativa de garantir a proteção da criança em questão, pois se entende que sozinha e sem tratamento, esta mãe, usuária de drogas, não apresenta condições de cuidar das necessidades requeridas pelo recém-nascido, na medida em que ela própria também precisa de cuidados e de proteção.

Casos de violência doméstica em que é considerado, por toda a equipe de saúde, que o retorno ao convívio familiar possa colocar a integridade física e/ou psicológica da criança em risco, também são remetidos ao poder público, através da Promotoria de Infância e Juventude, para a tomada de decisões quanto à melhor forma de intervenção, visando assegurar o bem estar da criança.

Mas, mesmo evidente a situação de uso de drogas ou maus tratos – salvo casos de natureza grave -, o acolhimento institucional deverá ser sempre a última estratégia utilizada pelo Serviço Social, com vistas à garantia dos direitos da criança, reiterando que o convívio familiar e a construção de vínculos e de relações são de extrema importância para a construção social dos sujeitos, pois, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente:

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. (ECA, Art. 19)

Ou ainda, conforme Motta

A criança, como um ser corporal, inicialmente está no mundo através do contato com o corpo da mãe. A presença corporal da mãe significa proteção e possibilidade de manutenção da vida biológica e afetivo do pequeno e frágil ser: mantém sua existência como ser no mundo. (MOTTA, 1998, p. 123)

Na tentativa de se construir um plano interventivo que, ao mesmo tempo, contemple as limitações institucionais e promova um bom atendimento e acompanhamento dos usuários em situação de vulnerabilidade, acionamos a rede de serviços externa, através de ações intersetoriais, para intervir em determinada realidade.

É através da intervenção da rede externa de serviços que temos a possibilidade de promover a inclusão destes usuários em programas, acesso a benefícios, tratamentos e demais medidas que tenham como objetivo assegurar os

direitos sociais destes sujeitos, na busca pela sua reinserção social e melhoria da qualidade de vida.

O Serviço Social inserido no Hospital São Lucas aprimora sua prática profissional, estimulando a leitura crítica sobre as vivências diárias e a constante busca por informações e novos conhecimentos. Esse aprimoramento da análise da realidade e da prática profissional também ocorre através da aproximação com as mais diversas realidades apresentadas pelos usuários. Cada atendimento é único no tangente à construção de novos entendimentos e novas leituras acerca das expressões da Questão Social, também porque cada usuário é único e singular.

As assistentes sociais, neste campo, têm sensibilidade e competência para entender essas realidades para além do âmbito hospitalar e conhecer a história de vida dos sujeitos, com a intenção de contribuir para a efetiva busca por seus direitos e bem estar, sem se prender aos limites impostos pela organização e mantendo-se como profissionais propositivos, não apenas preocupados em cumprir suas agendas e encaminhamentos de forma burocrática e descolada da reflexão crítica de sua prática diária. As Assistentes Sociais que integram a equipe presente no HSL, amparadas pelo Projeto Ético-Político da Profissão, buscam garantir o acesso à informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, ainda que estas sejam contrárias aos seus valores ou crenças individuais, democratizando as informações e o acesso aos programas disponíveis neste espaço institucional, fortalecendo, assim, a participação dos usuários. Também se identifica neste espaço da prática profissional o reconhecimento da liberdade como valor ético central, assim como a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

O Assistente Social inserido em processos de trabalho no Hospital São Lucas, assim como em outros processos de trabalho e instituições, reconhece sua relativa autonomia na execução de seu trabalho, reconhece as limitações do espaço de trabalho e da instituição, porém, garante seu compromisso ético com os sujeitos. Ao compreender essas limitações, busca promover a intersectorialidade entre os serviços da rede, já que todos os serviços precisam se articular, visando à garantia de um atendimento de qualidade e não fragmentado e pontual.

Nesse contexto, percebemos o Serviço Social neste Hospital como um setor em constante processo de mediação entre os interesses da instituição e as necessidades dos usuários, que precisam ser atendidas.

A mediação é uma das categorias que ampara o Assistente Social em seu processo de trabalho e, de acordo com Faleiros (1999), o assistente social tem que se colocar como ator social interagindo no interior do campo institucional e intervindo nas relações de força que ali se expressam, visando o resgate da cidadania, autonomia, auto-estima e valores individuais e coletivos dos usuários.

Seja no âmbito institucional ou não, as relações de poder perpassam o cotidiano dos indivíduos e coletivos na particularidade do processo de fragilização de uma mediação das relações complexas que envolvem tanto a identificação social e cultural como a autonomia, a cidadania, a organização, a participação social. O foco da intervenção social se constrói nesse processo de articulação do poder dos usuários e sujeitos da ação profissional no enfrentamento das questões relacionais complexas do dia, pois envolvem a construção de estratégias para dispor de recursos, poder, agilidade, acesso, organização, informação, comunicação. É nessas contradições que se vai desconstruir e construir sua identidade profissional e o objeto de sua intervenção profissional nas condições históricas dadas, com os sujeitos da ação profissional. (FALEIROS, 1999, p. 43)

Como acontece em grande parte das instituições que trabalham com a efetivação de Políticas Públicas, o Hospital São Lucas apresenta contradições significativas no tangente à garantia dos direitos.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8069/1990, “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”. A garantia dessa lei e a proteção das crianças e adolescentes é tratada pela equipe de Serviço Social como uma das principais requisições de mudança para melhor atendimento das demandas apresentadas pelos usuários. Dificuldades são problematizadas junto à Direção para criar estratégias e a adoção de novas metodologias para atender às necessidades básicas dos usuários que se apresentam no cotidiano institucional e que são identificadas como demandas para o Serviço Social, requisitando intervenção e planos de ação e enfrentamento.

Como sinônimo de luta, o Serviço Social se mostra interessado em apresentar projetos para a melhoria das condições de permanência dos familiares e ou responsáveis no ambiente hospitalar, garantindo a convivência familiar e os vínculos.

O Serviço Social em âmbito hospitalar tem suas particularidades, pois além do profissional estar preparado para intervir nas diferentes expressões da Questão Social, atuará também em situações, causadas pelos processos de adoecimento e

até mesmo nos óbitos, através de abordagens não invasivas, respeitadas, propositivas, investigativas e com adequada interpretação e leitura da realidade.

Uma das principais limitações desse campo é a dificuldade de acompanhamento das usuárias atendidas, principalmente sobre os atendimentos realizados com mães internadas no alojamento conjunto, devido ao pouco tempo de permanência delas neste local e também à grande demanda que recai sobre as assistentes sociais.

Os encaminhamentos e articulações são efetuados à rede externa de serviços e que tem a função de dar continuidade ao atendimento por meio do acompanhamento e intervenções com a família sempre que necessário. Porém, consideramos de grande importância o conhecimento das ações tomadas pela rede externa de serviços, assim como a efetivação do acompanhamento, com a finalidade de conhecer os avanços e possíveis retrocessos no processo de construção da autonomia e emancipação dos usuários frente às dificuldades vivenciadas.

Essa preocupação é ainda maior nos casos de mães usuárias de drogas que saem do hospital acompanhadas por seus bebês, mesmo tendo o amparo de órgãos competentes, como o Conselho Tutelar. Sabemos que a adesão a tratamentos para dependência química é um processo, por muitas vezes, lento, que precisa de compreensão e de aceitação por parte da usuária, mas que envolve e necessita do comprometimento de toda a família, e não apenas dela. Também sabemos que crises de abstinência e recorrência ao uso de substâncias psicoativas são situações que podem acontecer, principalmente se não há vínculos afetivos fortes, em que a pessoa encontre apoio e estímulo.

Mobilizados por essa realidade, elaboramos o Projeto de Intervenção, tendo as puérperas em situação de drogadição como sujeito, considerando a fragilização dos processos de adesão ao tratamento de dependência química, atuando de forma a sensibilizar estas usuárias quanto ao impacto causado pelo uso de drogas, tanto para sua saúde e a do bebê, como sobre questões legais que dizem respeito ao pátrio poder familiar (conjunto de responsabilidades e direitos que envolvem a relação entre pais e filhos, englobando direitos a assistência, auxílio e respeito mútuo, conforme cita a legislação brasileira) e a permanência da criança sob seus cuidados, a fim de possibilitar maior adesão ao tratamento e, portanto, maior proteção e garantia do direito à saúde, contando com o auxílio e acompanhamento da rede de serviços externa.

Além articulação com a rede de serviços externa e a promoção de vínculos entre organizações e usuárias capazes de estabelecer relações de confiança e o acolhimento - facilitando o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar -, a observação destes acompanhamentos é fundamental para a compreensão da evolução das situações de vulnerabilidade, para o processo evolutivo do tratamento para dependência química e para a materialização da construção de vínculos familiares, principalmente entre mãe e bebê.

Como o trabalho do assistente social em âmbito hospitalar é restrito àquele espaço e não tem a autonomia necessária para acompanhar cada caso fora dele - assim como também não dispõe de recursos humanos para tal ação -, consideramos o contato com a rede externa de serviços como elemento essencial para a efetivação desse acompanhamento. Através dessa Rede é possível manter um histórico sobre as intervenções realizadas e sobre o andamento dos processos, visando à continuidade da atenção à saúde dessas famílias.

Considerando as limitações presentes no campo de trabalho do Assistente Social inserido em uma instituição hospitalar, integrante da rede de alta complexidade em atendimentos à saúde, podemos entender que o acompanhamento através da Rede Externa de Serviços, composta pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF) – que compreende o programa de Estratégia de Saúde da Família – Conselhos Tutelares, entre outros, é a melhor forma de intervenção para a promoção da cidadania dos sujeitos, assegurando seu direito de acesso aos bens e serviços, de acordo com a realidade de cada comunidade, conforme o território no qual ela está inserida. A partir da análise de cada território, é possível realizar a leitura das demandas mais presentes e mais emergentes daquela parcela da sociedade. Isso permite uma melhor construção, avaliação e implementação de políticas públicas, visando atender diretamente, e de forma mais eficiente, as necessidades de cada região, concentrando esforços para o enfrentamento das desigualdades, dos processos discriminatórios e excludentes presentes em cada comunidade, sempre evidenciando as potencialidades de cada território.

Neste ambiente de trabalho, onde permeiam muitas das expressões sociais, o Assistente Social precisa estar preparado para intervir em situações dramáticas, a fim de garantir a inclusão e a proteção, a partir da leitura crítica da realidade, do

mundo vivido de cada sujeito, compreendendo que as expressões que ali se apresentam são reflexos de fenômenos vivenciados em seu cotidiano, da sociedade da qual são parte.

No apoio ao trabalho do profissional, o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social – estabelece alguns parâmetros para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde: é preciso estar articulado e sintonizado ao movimento que luta pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida dos usuários e também os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todos os usuários aos serviços de saúde na instituição e na rede de serviços externa, assim como aos direitos sociais; trabalhar em equipe, buscando a interdisciplinaridade; estimular a intersetorialidade, visando ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços; pensar em espaços que possibilitem a participação popular e buscar a educação permanente para o aprimoramento dos conhecimentos adquiridos (CFESS, 2010).

#### 4.2 O CRACK CHEGA AO SERVIÇO SOCIAL: UMA NOVA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL?

Por se tratar de um espaço onde se apresentam as diversas expressões da Questão Social, tornou-se necessário concentrar as ações do Projeto de Intervenção apenas naquelas que incidem de forma mais pontual às situações atendidas nas Unidades onde ocorreu o estágio curricular. Estão, portanto, relacionadas à área Materno-Infantil do Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e UTI Neonatal. Detivemo-nos nas situações de vulnerabilidades vivenciadas pelas mães ali internadas, seus bebês e sua família - em decorrência da drogadição por parte das puérperas.

A drogadição é um fator recorrente e atinge grande parte das mães atendidas por essa maternidade. De acordo com a Política Nacional sobre Drogas, PNAD (2003), é uma expressão da questão social que afeta pessoas cada vez mais jovens e de todas as classes sociais, submetendo estas a dolorosos processos de dependência química. Essa dependência interfere não somente na vida da pessoa em situação de drogadição, mas em todo o contexto familiar, contribuindo para o enfraquecimento dos vínculos afetivos e das relações intrafamiliares e sociais. Além disso, de acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, o uso, o

abuso e a dependência de substâncias químicas podem agravar outras situações de vulnerabilidade vivenciadas, repercutindo na qualidade de vida das famílias, no processo de redução da capacidade produtiva dos indivíduos e potencializando a ocorrência de violência intrafamiliar e urbana, dentre outras possibilidades.

Com base no que foi analisado durante o período de estágio, e também considerando o aumento expressivo do consumo de drogas entre a população, - como refere a Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack (2014) que fala que o número médio de gestações e de nascidos vivos das mulheres usuárias de crack e/ou similares foi de, respectivamente, 3,82 e 2,56, e que aproximadamente 46% das mulheres relataram quatro ou mais gestações, - avaliamos a urgência de intervir nessa realidade. Elaboramos, então, um Projeto de Intervenção intitulado “A Fragilização dos Processos de Adesão aos Tratamentos para a Dependência Química”, com a finalidade de promover o acesso a informações claras e objetivas sobre a importância da adesão e da continuidade dos tratamentos para dependência química, assim como de estabelecer um acompanhamento mais efetivo junto à rede externa de serviços, procurando *efetuar um mapeamento dos serviços disponíveis*, com a finalidade de *promover maior acesso aos tratamentos oferecidos, tanto pela rede pública quanto pela rede privada, e um acompanhamento mais direcionado, visando à construção de vínculos entre usuário e a Rede de Serviços, conforme território de pertencimento*. Ainda de acordo com a Pesquisa, aproximadamente metade das usuárias gestantes entrevistadas referiram ter procurado serviços de saúde nos últimos 30 dias que antecederam à pesquisa, destacando a baixa frequência ou mesmo a ausência de acompanhamento pré-natal.

Porém, o fato de se tratar de um Hospital conveniado ao SUS, onde pessoas de todas as regiões da cidade, e até mesmo do Estado, são atendidas a abrangência regional (a nível estadual), dificultaria a execução do Projeto proposto em nível estadual, uma vez que, para efetivação das visitas domiciliares e às instituições são necessários recursos humanos e de mobilidade, cedidos pelo Hospital conforme disponibilidade e prévio agendamento. Portanto, foi preciso delimitar o território a ser abrangido e a ser mapeado pelo Projeto de Intervenção.

Compreendemos, amparados em Santos (2001), que o território é o local onde o sujeito vivencia a sua realidade, onde ele expressa suas singularidades, subjetividades e onde apreende um pouco mais sobre seu contexto sócio histórico,

cultural e econômico, assim como sobre suas relações afetivas e com o mundo ao seu entorno, seu pertencimento.

Segundo Milton Santos,

Por território entende-se a extensão apropriada e usada. Mas o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence [...] esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência do Estado. Assim, essa idéia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que entre os seres vivos, é privilégio do homem. Num sentido mais restrito, o território é um nome político para o espaço de um país. (SANTOS, 2001, p. 19)

Para Santos (1992), “o espaço deve ser considerado como uma totalidade, a exemplo da própria sociedade que lhe dá a vida” e o papel do espaço em constante modificação exerce um papel fundamental e revelador sobre o mundo e a sociedade. Se bem analisada, essa dinâmica aponta para onde é mais necessário investir, de acordo com a realidade e com o momento histórico vivenciado pelos usuários pertencentes àquele espaço.

Podem as formas, durante muito tempo, permanecer as mesmas, mas como a sociedade está sempre em movimento, a mesma paisagem, a mesma configuração territorial, nos oferecem, no transcurso histórico, espaços diferentes. (SANTOS, 1996, p. 77)

A partir da análise de cada território, é possível realizar a leitura das demandas mais presentes e mais emergentes daquela parcela da sociedade. Isso permite uma melhor construção, avaliação e implementação de políticas públicas, visando atender diretamente e de forma mais eficiente às necessidades de cada região, concentrando esforços para o enfrentamento das desigualdades, dos processos discriminatórios e excludentes presentes em cada comunidade, sempre evidenciando as potencialidades de cada território.

Entendemos que, devido às limitações do campo de estágio, por este ser uma instituição de alta complexidade, o acompanhamento da evolução dos casos através da rede externa de serviços é o meio possível para se conhecer os resultados de nossas ações e intervenções realizadas nas abordagens efetuadas no curto espaço de tempo em que as mães permanecem internadas na Unidade Alojamento Conjunto do Hospital São Lucas. Também é este o caminho para se propor em um trabalho em conjunto entre o Hospital e a rede de serviços externa, possibilitando a

efetivação do princípio da intersetorialidade, fundamental para a montagem da rede de cuidados.

De acordo com Yazbek (2014), a intersetorialidade é a articulação das políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas, visando à integralidade destas ações e à superação da fragmentação, promovendo a proteção social, a inclusão e o enfrentamento das desigualdades. A intersetorialidade envolve diferentes setores sociais em um objetivo comum e deve ser compreendida como princípio orientador da construção das redes municipais, articulando sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades, o que configura suas experiências particulares para o enfrentamento de problemas complexos.

O trabalho em rede é a forma mais eficiente de se construir, junto com as usuárias em situação de vulnerabilidade em decorrência da dependência de substâncias psicoativas, uma nova perspectiva de vida baseada na recuperação e fortalecimento dos seus vínculos afetivos, familiares e sociais, e a sua reinserção social, pautada na construção de sua cidadania e a própria visibilidade como sujeito social de direito e não mais como um ser às margens do descaso e abandono.

Conforme Bourguignon,

O termo rede sugere a idéia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal. (2001)

Quando falamos em rede, podemos entender esta como sujeito individual e coletivo, pois a sociedade se organiza em redes. Quando o sujeito busca o suprimento de suas necessidades, ele se constitui individualmente, mas o trabalho em redes o acolhe na forma de sujeito social. Em outras palavras, uma necessidade individual passa a ser vista como demanda de um segmento da população, que precisa ser identificada e superada através das políticas sociais públicas existentes. Para isso, o Estado também precisa, necessariamente, se articular em rede para efetivar suas políticas. Não podemos entender que o trabalho em rede constitua-se tão somente como alternativa de trabalho quando o Estado se afasta, precisamos entender que as redes devem ser compostas junto ao Estado.

Como mostra o nome, é uma organização comparável a um tecido com múltiplos fios ligados entre si por nós, que se espalham por todos os lados, sem que nenhum deles seja central. Na sociedade, os integrantes de uma rede se ligam de forma horizontal a todos os outros. (VIEZZER E OVALLES, 2002, p.12)

De acordo com Kern (2001), o trabalho em rede pressupõe uma construção metodológica das estratégias, que consiste na existência de um propósito unificador. Esse, por sua vez, deve construir o espírito de uma rede; o entendimento dos pressupostos dos segmentos e do trabalho em rede; a definição de categorias essenciais do trabalho em rede; o estabelecimento dos objetivos a serem alcançados; o mapeamento das instâncias e recursos disponíveis na comunidade e a definição de estratégias junto a estas instâncias.

Nessa perspectiva, evidencia-se o desafio da intersectorialidade, um dos princípios organizativos do SUS – Sistema Único de Saúde –, que prescreve o comprometimento de diversos setores do Estado com a produção da saúde e do bem-estar da população, tanto no interior do Setor “Saúde”, quanto na sua interface com os demais setores.

Do ponto de vista conceitual, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (1992), a intersectorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural, onde atua a política.

A intersectorialidade pode ser definida como “processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPAS, 1992). Ou seja, para fins do Projeto de Intervenção, fomentar a intersectorialidade entre os serviços ofertados pela Rede seria garantir que as usuárias público alvo do Projeto tivessem acesso a bens e serviços que lhe são de direito, contemplando vários aspectos da vida social e não somente o acesso aos serviços de saúde, com a finalidade de potencializar o enfrentamento das demandas apresentadas por elas enquanto sujeitos.

O Projeto de Intervenção destacou um dos princípios do SUS: a integralidade, a qual, de acordo com o Ministério da Saúde (2000), deve ser entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, tanto no âmbito preventivo quanto curativo, individuais ou coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. Isso significa dizer que, para garantir a integralidade das políticas públicas,

todas as instituições envolvidas no atendimento de determinada usuária devem estar comprometidas com o desenvolvimento do processo, visando à emancipação e à autonomia dos sujeitos, pautados em um compromisso ético exigido pela profissão.

Esse princípio é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção em saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual, de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico. (...) Dessa forma, há projetos e ações direcionadas especificamente aos jovens, às mulheres, aos idosos, aos portadores de HIV e de outras moléstias e enfermidades, às gestantes, aos consumidores de drogas, aos portadores de distúrbios mentais; a partir de 1999, à saúde indígena e a tantos outros grupos carentes de atenção específica. (MDS, 2000, p. 31).

As intervenções, ainda em âmbito hospitalar, visavam proporcionar esclarecimento às puérperas em situação de drogadição sobre a necessidade de restabelecimento de sua saúde através de um movimento de reflexão e conscientização sobre a dependência química como um processo de adoecimento, no qual é necessária a intervenção de equipe multidisciplinar capacitada, e que a eficácia do tratamento é muito maior quando ela reconhece como uma situação a qual precisa estar disposta a superar.

A integralidade deve ser buscada como essência nas ações em saúde e, neste caso, confirma-se com a Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack (2014), que aponta ser possível e necessário o aprimoramento da referência e contra-referência das mulheres de/para serviços de atenção primária, saúde mental e tratamento do abuso de substâncias de forma integrada, considerando as necessidades específicas de cada uma delas, sem qualquer discriminação, e não apenas a atenção à saúde restrita à esfera obstétrica, abrangendo, então, os demais aspectos da saúde da mulher, com ênfase na prevenção e no acesso amplo e não discriminatório ao tratamento e reinserção social.

Na tentativa de se construir um plano interventivo intersetorial que, ao mesmo tempo, considerasse as limitações institucionais e promovesse um atendimento e acompanhamento de qualidade das usuárias em situação de vulnerabilidade, articulamos com a Rede Externa de Serviços, para com ela avaliar a melhor forma de intervir em determinadas realidades. Comprometemo-nos, ainda, com o acompanhamento simultâneo das usuárias junto às demais instituições envolvidas, através de contatos frequentes com outros Assistentes Sociais e demais profissionais envolvidos e, ainda, com a possibilidade de efetuar visitas domiciliares

e visitas às instituições envolvidas, conforme disposição de recursos humanos e de locomoção por parte do Hospital.

Esse contato aproximado entre Hospital, Rede Externa de Serviços e usuária é uma estratégia para fortalecer o envolvimento e o comprometimento dos espaços de apoio para obter resultados positivos observando todos os entraves, dificuldades e potencialidades existentes pelo caminho em busca do tratamento por uma melhor qualidade de vida, ao mesmo tempo em que possibilita evidenciar pontos onde a adesão ao tratamento para dependência química costuma apresentar falhas e, muito mais do que isso, permitiu repensar a prática profissional a partir do enfoque da intersectorialidade e da integralidade das políticas, contemplando sempre os processos históricos que desencadeiam as fragilidades presentes neste cotidiano em que as vulnerabilidades decorrentes dos processos de drogadição se acentuam, pois, para além ao tratamento, é necessário planejar a promoção e a prevenção.

O Projeto de Intervenção teve como **sujeitos** as mulheres usuárias de crack em período de puerpério, que passaram por internação na Maternidade do Hospital, com a previsão de atender e acompanhar cinco casos no decorrer do período de duração da atividade acadêmica, ou seja, no primeiro semestre do ano de 2014 – março a junho. Porém, cabe ressaltar que o estágio curricular teve início em 2013/01, quando elaboramos a Análise Sócio-Institucional, e adentrou 2013/02, período no qual, após sucessivas aproximações com a realidade do campo, iniciou-se o processo de elaboração do Projeto de Intervenção, identificando o objeto, objetivos e metodologia a ser aplicada.

Com base no exposto, elaboramos o Projeto de Intervenção com os seguintes objetivos:

- a) Objetivo Geral:** Conhecer a rede de serviços voltada ao atendimento da mulher usuária de crack a fim de potencializar o cuidado integral em saúde, visando o conceito ampliado de saúde.
- **Indicador Qualitativo:** Como a rede de serviços potencializa o cuidado integral em saúde no território.
- **Indicador Quantitativo:** Número de serviços destinados a dependentes químicos articulados com as demais políticas de saúde e assistência social.
- **Variável:** Identificar o número de serviços que se articulam no território.
- **Meios de Verificação:** Visitas de campo; Reuniões com a rede de serviços.

**b) Objetivos Específicos:**

**Objetivo Específico 1:** Mapear a rede de serviços das diferentes políticas públicas a fim de identificar ações intersetoriais;

- **Indicador Qualitativo:** Como é o atendimento que a rede oferece para as mulheres dependentes químicas.
- **Indicador Quantitativo:** Número de serviços destinados a dependentes químicos no território.
- **Variável:** Identificar o número de serviços existentes no território.
- **Meio de Verificação:** Visitas de campo.

**Objetivo Específico 2:** Identificar ações intersetoriais a fim de potencializar a inclusão das mulheres usuárias de crack;

- **Indicador Qualitativo:** O envolvimento da rede nos processos de atendimento dos casos encaminhados; Acesso das mulheres dependentes químicas.
- **Indicador Quantitativo:** Número de mulheres que receberam acompanhamento após alta hospitalar; Número de mulheres que permanecem em acompanhamento após três meses.
- **Variável:** Identificar o número de mulheres que receberam atendimento logo após a alta hospitalar; Identificar quantas se mantiveram em acompanhamento após três meses.
- **Meios de Verificação:** Contatos telefônicos com a rede de serviços; Reuniões com a rede de serviços.

**Objetivo Específico 3:** Criar um fluxo de informações entre os serviços com a finalidade de promover o cuidado integral em saúde.

- **Indicador Qualitativo:** Evolução dos casos atendidos, visando ao conceito ampliado de saúde; O papel da rede de serviços na manutenção dos atendimentos; Como a rede se articula para a manutenção da permanência no tratamento ou para a reinserção, quando necessário.
- **Indicador Quantitativo:** Índice de mulheres que aderiram ao tratamento; Índice de permanência em clínicas para tratamento para dependência química; Índice de abandono do tratamento e reinserções no mesmo.

- **Variável:** Identificar quantas dessas mulheres reduziram o consumo de drogas ou já não fazem mais uso das substâncias.
- **Meios de Verificação:** Contatos telefônicos com a rede de serviços; Reuniões com a rede de serviços; Fala dos profissionais que realizaram atendimentos; Entrevistas com as usuárias.

**Metodologia:**

A metodologia prevista inicialmente para a execução do Projeto de Intervenção foi a seguinte:

- Entrevistas com as usuárias;
- Elaboração de relatórios sociais para envio à rede externa, com a intenção de promover a articulação entre os serviços;
- Visitas domiciliares às usuárias;
- Acompanhamento sistemático da rede através de visitas às instituições da rede externa de serviços para conhecer de forma mais aproximada o trabalho de cada instituição e de reuniões e contatos telefônicos.

Iniciamos a execução do Projeto de Intervenção no semestre 02/2013 e finalizamos no semestre 01/2014. Na seção a seguir, apresentaremos de forma mais detalhada.

#### 4.3 O SERVIÇO SOCIAL CHEGA AO CRACK: AÇÕES INTERSETORIAIS VOLTADAS À PROTEÇÃO DA MULHER USUÁRIA DE CRACK E SUA FAMÍLIA

Ao iniciarmos a execução do Projeto de Intervenção, identificamos a necessidade de elaborar algumas perguntas “chave” para nortear nossos contatos com os parceiros na rede de serviços externa. Então, elaboramos um pequeno roteiro com cinco perguntas abertas:

- Para onde as usuárias de drogas são encaminhadas?
- Outros membros da família recebem atendimento/acompanhamento? Quem são?
- Quem são os parceiros na Rede para o tratamento para dependência química?
- Com que frequência a família é atendida? E até que idade a criança é acompanhada?

- Em situações de acolhimento da criança, além da equipe técnica do Juizado da Infância e Juventude, existe alguma abordagem junto à mãe e/ou a família?

Com essas indagações em nossa mente, iniciamos os contatos telefônicos para o agendamento de visitas às instituições da rede externa de serviços acessadas com mais frequência - considerando o atendimento a puérperas em situação de drogadição - como CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social), Conselho Tutelar e Unidades de Saúde. Também contatamos o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por este prestar atendimento a usuários em situação de drogadição interessados em buscar tratamento para a dependência química.

Com exceção das Unidades Básicas de Saúde e CRAS, onde não foi possível a realização de visitas, devido à impossibilidade por parte da pessoa responsável em nos atender. Todas as demais instituições foram visitadas, o que possibilitou um contato profícuo com cada profissional acerca de sua rotina em seu espaço de trabalho e sobre a forma como se dão os atendimentos aos usuários.

Esse contato atendeu ao objetivo geral e ao objetivo específico 1: conhecer a rede externa de serviços e seus trabalhadores, com um olhar mais direcionado ao atendimento da mulher em situação de drogadição, e possibilitou uma maior aproximação com a rede externa, compreendendo, conhecendo a partir desses contatos o cotidiano dessas instituições e suas formas de intervenção na realidade dos sujeitos que acessam os serviços.

De volta ao contexto hospitalar, notamos que a ocorrência de atendimentos de mulheres em período de puerpério e em situação de drogadição, considerando a delimitação territorial do Projeto de Intervenção e o período de execução, que foi de Março a Junho de 2014, diminuiu. Como a realidade é um processo dialético e está sempre em movimento, não foi possível determinar o número de usuárias, que se enquadrariam como público alvo, que seriam atendidas nessa Unidade Hospitalar. Logo, pensando na possibilidade de uma nova estratégia, buscamos identificar casos de puérperas em situação de drogadição através do levantamento de atendimentos já realizados com o intuito de nos aproximarmos de cada situação e buscarmos junto à rede de serviços as intervenções propostas e a situação atual das

usuárias, lembrando que a meta sugerida pelo Projeto de Intervenção era a de atender a cinco casos.

De forma paralela às visitas às instituições, demos continuidade aos objetivos 2 e 3 através de entrevistas com as usuárias, identificando situações que envolvessem os sujeitos do Projeto de Intervenção. No decorrer das ações, identificamos situações de drogadição e iniciamos os contatos com a rede externa de serviços através de telefonemas e também correio eletrônico, com o intuito de criar, assim, um fluxo de informações entre o Serviço Social do Hospital e a rede externa de serviços.

No decorrer do processo, atendemos duas puérperas, que relataram durante a entrevista fazer uso de drogas. Através destes atendimentos tornou-se possível a materialização das ações previstas no Projeto de Intervenção e demos início aos contatos mais frequentes e direcionados com a rede de serviços externa.

#### 4.4 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E A MATERIALIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS

Pensando no impacto da intervenção proposta pelo Projeto, considerando os indicadores e os resultados obtidos, podemos apontar que, apesar de não termos atingido a meta de atender e acompanhar a cinco casos demos um importante passo para a construção de uma nova relação entre o Hospital e a rede externa de serviços. Porém cabe ressaltar que a intersetorialidade é fundamental para o enfrentamento de uma expressão tão complexa e multidimensional.

Das duas situações acompanhadas, apenas uma usuária se manteve em acompanhamento pela rede e trataremos aqui pelo nome fictício de Maria. Já a outra, para a qual daremos o nome fictício de Joana, não aderiu a tratamento ou acompanhamento, pois, conforme relatado pela coordenadora da Unidade de Saúde de referência, a usuária informou: “está tudo bem agora” (SIC) e não seguiu o tratamento.

Para contextualizarmos sobre o papel da rede de serviços e as constatações a partir da execução do Projeto de Intervenção, apresentaremos um breve relato sobre a realidade de Maria:

No primeiro contato realizado com Maria, durante sua internação no Hospital, essa demonstrou interesse em buscar tratamento para a dependência química. Porém, em suas falas indecisas e contraditórias, identificamos a dificuldade em se vincular a serviço ou tratamento com essa finalidade. Em seus relatos, Maria afirmou fazer uso de substâncias psicoativas há alguns anos e que não conseguia parar. Afirmou ter feito uso de drogas até poucas horas antes do nascimento de seu bebê e não ter realizado o pré-natal, pois, quase sempre sob o efeito de substâncias psicoativas, não procurava o posto de saúde.

Maria, 24 anos, tem outros três filhos de seis, quatro e dois anos de idade, que estão sob os cuidados de sua mãe, de cinquenta e três anos, mediante Termo de Responsabilidade emitido pelo Conselho Tutelar da região. Considerando essas informações, foi fundamental o contato com o Conselho Tutelar. Este órgão se negou a fornecer novo Termo de Responsabilidade à mãe de Maria em decorrência de pendências quanto à regularização do processo de guarda das demais crianças. Maria, com receio de perder a guarda do recém-nascido, saiu do Hospital com o bebê antes mesmo de autorizada sua alta clínica. A fuga, então, foi informada ao Conselho Tutelar que, depois de mais alguns contatos, decidiu por realizar a visita domiciliar.

Diante disso, refletimos sobre algumas definições e regras institucionais, neste caso sobre o Conselho Tutelar, que, na preocupação em seguir regras e rotinas pré-estabelecidas de atendimento, pode criar novas vulnerabilidades.

Em contato com a agente de saúde da ESF – Estratégia de Saúde da Família - que acompanha a família de Maria, fomos informados de que as condições da casa habitada por eles eram bastante precárias; a mãe de Maria, hipertensa, não adere a tratamento para cuidar da saúde; a irmã, responsável por parte da renda familiar através de seu trabalho (faxinas), estaria cumprindo pena em regime fechado no presídio da cidade. Além dos filhos informados por Maria durante a entrevista no Hospital, soubemos de outra criança, com aproximadamente três anos de idade, que aos três meses de vida teria sido abrigada devido à negligência. Segundo relatos da agente de saúde, o bebê passava a maior parte do tempo sozinho e, por conta disso, teria sofrido algumas quedas que acabaram por comprometer neurologicamente essa criança). A agente de saúde informou, ainda, que a família estaria bastante “desorganizada” (SIC). A informação de que havia uma criança abrigada era desconhecida pelos demais atores da rede de serviços, inclusive pelo

Conselheiro Tutelar responsável pelo atendimento e acompanhamento à família, apontando a fragilidade na rede. Reiteramos a importância do trabalho em rede e das ações intersetoriais para prevenir o aprofundamento das vulnerabilidades.

Embora essa família tenha acompanhamento sistemático pela equipe da ESF (há aproximadamente cinco anos), através de visitas realizadas pela agente de saúde, as condições de vida e, principalmente, as condições precárias das crianças **nunca** haviam sido informadas a nenhum outro equipamento da rede de serviços, sinal importante da frágil comunicação entre a rede de serviços.

A inexistência de contatos entre as instituições que compõem a rede surpreendeu o Conselheiro Tutelar, quando este foi informado sobre a visita realizada pela agente de saúde à família e sobre as condições precárias da família. De acordo com o Conselheiro, o bem estar e a segurança das crianças são dimensões que devem ser defendidas por todos os aparelhos da rede, porém, quando a rede não se comunica, os usuários ficam mais vulneráveis.

Neste momento, já havíamos disparado a comunicação entre ESF, Conselho Tutelar, UBS, Hospital e CRAS. Contatamos, então, a Assistente Social do CRAS, que realizou visita domiciliar e, segundo ela, a família se mostrou bastante apreensiva com sua chegada, com receio perder a guarda das crianças. Ainda conforme a Assistente Social, elas quiseram informar telefones para contato, não mencionaram a existência da criança que estaria abrigada e também não falaram sobre a possibilidade da irmã de Maria estar cumprindo pena. A Assistente Social orientou quanto à importância de comparecerem ao Hospital para retirar a documentação, como a Declaração de Nascido Vivo – essencial para o registro do bebê – e a carteira de vacinação, e se comprometeu a acompanhar a família com o intuito de promover o protagonismo daquelas pessoas, para que possam construir – a família vinculada aos serviços da rede - um ambiente mais favorável ao desenvolvimento humano e social das crianças existentes naquele núcleo familiar, assim como facilitar o acesso e a adesão a tratamento de saúde tanto para Maria – se for de sua vontade -, como para sua mãe. O receio de perder a guarda demonstra os vínculos afetivos dessa família, ainda que em situação de vulnerabilidade. Na articulação da rede entre os atores já citados, agrega-se o CRAS.

Dias depois, Maria compareceu ao hospital, acompanhada por sua mãe e o bebê, para buscar os documentos que ficaram retidos na enfermaria devido à fuga hospitalar.

Maria continuou sendo acompanhada pelas equipes das diversas instituições envolvidas – ESF (Política de Saúde), CRAS (Política de Assistência) e Conselho Tutelar – e, apesar de ainda manifestar ambivalência em aderir ao tratamento para dependência química, a rede externa de serviços conseguiu importantes avanços, considerando o modo e as condições de vida de “Maria” e também das demais pessoas da família. Os avanços incluem: o recém-nascido foi registrado e segue em consulta com o médico pediatra; a família realizou o Cadastro Único junto ao CRAS; documentos de identidade foram providenciados (CPF).

Como estava previsto no Projeto de Intervenção, o Serviço Social do Hospital ficou vinculado à “Micro Rede” através de reunião que tem frequência mensal e ocorre nas dependências do referido Conselho Tutelar, onde representantes de diversos equipamentos da rede de serviços externa se reúnem para debater sobre as famílias atendidas, tanto novas quanto as que já possuem atendimento há mais tempo. Nessa ocasião, a situação da família de “Maria” está na agenda de cada profissional envolvido, o qual contribui com seu parecer, sugerindo formas de intervenção.

Nessa ocasião, a informação sobre uma criança, filha de Maria, acolhida há alguns anos se confirmou através de documentação constante na pasta referente ao expediente de “Maria” naquele Conselho Tutelar, embora a Conselheira, a princípio, parecesse desconhecer o conteúdo da pasta, folheando as páginas em busca de informações. Em dado momento, inclusive, a Conselheira chegou a referir só ter tomado conhecimento sobre as condições de vulnerabilidade vivenciadas por aquela família a partir do relatório enviado pelo Serviço Social do Hospital, fato contestado pela agente de Saúde, que alegou ter enviado vários relatórios nos cinco anos em que acompanha a família. Contudo, quando questionada sobre o motivo pelo qual a agente de saúde nunca teria feito uma denúncia quando chegava à residência e encontrava as crianças sozinhas – motivo para o acolhimento institucional, dadas as condições vulneráveis que se encontravam, de acordo com a Conselheira Tutelar – ela não se manifestou, permanecendo em silêncio, ou seja, perguntas sem respostas, famílias vulnerabilizadas por acompanhamentos precários, rede frágil.

Com base no que foi debatido em reunião, considerando os pontos de vista divergentes entre os representantes das instituições da rede externa de serviços, ficou acordado que seria solicitada, por meio do Conselho Tutelar, a intervenção do Ministério Público no tangente à possibilidade de um tratamento compulsório para Maria, visando seu próprio bem estar e melhoria das condições de sua saúde, favorecendo, assim, a reorganização familiar e a modificação das atuais condições precárias em que todos aqueles sujeitos se encontram.

Para fins de esclarecimento, é importante apresentar as diferenças entre as modalidades de internação possíveis para o tratamento da dependência química, definidas pela Lei 10.216/2001, sendo elas:

- “Internação Voluntária: se dá com o consentimento do usuário. A pessoa solicita voluntariamente a própria internação ou consente, devendo assinar, no momento da admissão, uma declaração pela opção desse regime de tratamento. O término da internação se dá pela solicitação por escrito do usuário ou por determinação do médico responsável. Entretanto, uma internação voluntária pode se transformar em involuntária e, então, o usuário não poderá sair da instituição sem a prévia autorização.

- Internação Involuntária: se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros. Geralmente, são os familiares que solicitam a internação do usuário, mas é possível que o pedido venha de outras fontes. O pedido deve ser feito por escrito e aceito por um médico psiquiatra. Nesses casos, a lei determina que os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de setenta e duas horas para informar ao Ministério Público do Estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade desse tipo de internação ser utilizado para o cárcere privado.

- Internação Compulsória: é determinada pela justiça. Nesse caso, não é necessária a autorização familiar. A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois do pedido formal feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do usuário, dos demais internados e dos funcionários”.

Consideramos importante repetir que, por se tratar o hospital de uma instituição de saúde de alta complexidade, que não conta com leitos disponíveis para internação de dependentes químicos, o Serviço Social inserido em processos de trabalho no Hospital São Lucas conta com o comprometimento da Rede Externa de Serviços para as intervenções dos usuários com o intuito da adesão ao tratamento para a dependência química. Em outras palavras, o Serviço Social, uma vez identificada a dependência química por parte do usuário, tem a responsabilidade de comunicar a Rede Externa de Serviços para que essa atue de forma a viabilizar o acesso aos direitos do usuário, com vistas à melhoria de suas condições de saúde e bem estar, assim como pela sua reinserção social.

Durante o período de estágio curricular nesta instituição de saúde de alta complexidade, poucas situações vivenciadas transcorreram de forma em que a usuária, espontaneamente, solicitasse sua institucionalização para a realização de tratamento para a dependência química. Na Unidade Alojamento Conjunto, onde estavam internadas as usuárias do Projeto de Intervenção, e em quase totalidade das situações acompanhadas, as usuárias não demonstravam interesse em aderir a tratamentos ou então se comprometiam em procurar a Rede Externa de Serviços após a alta hospitalar. Assim, o Serviço Social nessa instituição orientava a usuária quanto aos locais em que poderia ter acesso ao tratamento garantido. Muitas vezes fornecendo encaminhamentos por escrito com o envio de relatórios para a Rede Externa de Serviços.

Outro fator que prejudicava o acesso ao tratamento está relacionado com o processo administrativo de adesão ao tratamento que, por vezes, é burocrático e restrito, expondo a usuária ao risco de recaídas e da desistência. Entraves importantes, como a idade da pessoa dependente química e até mesmo a permanência do recém-nascido junto à mãe na instituição, por exemplo, se configuram como fatores impeditivos para a adesão dessas mulheres, que, mesmo em busca de condições mais favoráveis de saúde, não desejam separar-se do filho, ainda bebê, que necessita de cuidados e vínculo materno e afetivo.

Para exemplificar, apresentaremos a situação de uma jovem, dependente química que manifestou desejo em realizar o tratamento, porém, por ter completos trinta e um anos, não era mais possível o seu ingresso na clínica para onde fora primeiramente encaminhada pela Rede Externa de Serviços. Além disso, ela não poderia levar seu bebê, fato que quase a fez desistir do tratamento. Ainda assim,

com a intervenção da equipe de Serviço Social do Hospital São Lucas, que acompanhou a situação mesmo após a alta hospitalar da jovem em questão, e também das equipes da Rede Externa de Serviços, amparadas no Estatuto da Criança e do Adolescente e em demais legislações vigentes em nosso país, a internação da mãe em uma clínica para tratamento da dependência foi possível e seu bebê ficou sob os cuidados da avó materna.

Ao analisarmos o desenvolvimento do caso de Maria, compreendemos que muitas – se não todas – as evoluções sob a perspectiva da melhoria das condições de vida, emancipação dela e sua mãe enquanto sujeitos de direitos, só foram possíveis através do comprometimento da Assistente Social do CRAS. Esse profissional, mesmo sob o parecer do Conselho Tutelar quanto ao acolhimento institucional das nove crianças residentes no domicílio, não “desistiu” da família, nem considerou “um caso perdido”, - expressões essas verbalizadas por outros profissionais - e acreditou nas mudanças em relação às perspectivas de vida que um acompanhamento profissional ético e comprometido é capaz de proporcionar ao usuário.

Quanto ao comprometimento, refletimos sobre a postura do Conselho Tutelar, que por vezes parece não compreender a criança como parte integrante e vinculada a um todo: à família e ao meio onde está inserida. No intuito de garantir proteção e bem estar à criança e/ou adolescente, propõe o acolhimento institucional, mas não o acompanhamento à família após essa decisão. Logo, indagamos que, se toda a rede de serviços se posicionar dessa forma, tais crianças correm o risco de ficarem acolhidas por muito tempo e até mesmo de entrarem para a fila de adoção, para serem, talvez, recebidas por uma nova família, sem que a sua família de origem tenha acesso aos serviços, com a finalidade de se reorganizar para receber as crianças de volta, configurando-se uma violência, pois tira a criança de sua família, com a qual, mesmo que fragilizada ou empobrecida, tem vínculos sociais e afetivos. Esse rompimento de vínculos acaba, também, por desestimular as famílias a buscarem melhores condições de vida e saúde. O receio da família de Maria de perder a guarda das crianças é a prova desses vínculos e de como as famílias, quando amparadas, podem se reorganizar.

Durante a execução do Projeto de Intervenção, evidenciamos que muitas das fragilidades encontradas nos processos de adesão aos tratamentos para dependência química podem ser fomentadas pela não efetividade da

intersetorialidade entre os serviços ofertados pela rede externa, o que gera a precariedade ou inexistência da troca de informações entre os serviços, impedindo ou dificultando a promoção da reinserção social dos sujeitos em situação de vulnerabilidade.

Embora ainda seja precoce afirmar essa fragilidade a partir de praticamente apenas uma situação, através de ações como contatos telefônicos e reuniões, identificamos que não havia, inicialmente, a comunicação entre os profissionais em atuação nos equipamentos da rede externa de serviços. Essa realidade foi se modificando no decorrer das semanas, culminando com uma proposta de intervenção “integrada”, que prevê, inclusive, o revezamento dos profissionais envolvidos para visitas domiciliares, com o intuito de potencializar o acompanhamento à família.

Refletindo sobre o conceito ampliado de saúde, onde há o entendimento de que a saúde é resultante de diversos fatores, como moradia, trabalho, educação, lazer, renda, etc, e sobre a intersetorialidade presente no SUS – Sistema Único de Saúde –, que consiste no entendimento da superação da visão isolada e fragmentada, tanto na formulação quanto na execução de políticas públicas, compreendemos que, tanto para o caso de “Maria” quanto para todos os demais usuários, seja qual for sua demanda, é de fundamental importância a organização do trabalho de forma articulada em rede, através da criação de um fluxo de informações entre os serviços, que permita uma melhor intervenção com a finalidade de garantir o acesso aos bens e serviços, ao mesmo tempo em que estimule a autonomia e a emancipação dos sujeitos.

Sobre os impactos causados pelo Projeto de Intervenção, avaliamos que tenha sido uma pequena - mas importante - contribuição para o fortalecimento das relações entre Hospital e Rede Externa de Serviços, alcançando os objetivos do Projeto de Intervenção no tangente ao mapeamento da Rede Externa de Serviços direcionada ao atendimento da mulher dependente química, considerando, também, as diferentes políticas públicas, com vistas à intersetorialidade. Também foi possível, avançar na perspectiva da construção de ações intersetoriais para a efetivação da inclusão das usuárias do Projeto, pois através dos contatos realizados, mesmo que por telefone, fomentamos o diálogo entre os profissionais de várias instituições, visando à construção de melhores formas de intervenção para uma mesma situação

de vulnerabilidade social, ocasionando na construção de um importante fluxo de informações entre os atores da rede.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço agressivo do crack em nossa sociedade, com seus efeitos avassaladores, tem se configurado como um problema de saúde pública que afeta os sujeitos em todas as dimensões da sua existência, interferindo nos relacionamentos, tanto em âmbito social quanto afetivo, provocando a diminuição ou mesmo a extinção dos vínculos entre os usuários e as demais pessoas de seu convívio, e também o enfraquecimento do vínculo entre o usuário e a rede de serviços. Essa fragilização reflete nos processos de adesão aos tratamentos para a dependência química, pois muitas vezes as usuárias não se veem como sujeitos de direitos e compreendem os atendimentos em saúde e assistência como desnecessários ou, ainda, como medidas punitivas por um comportamento socialmente não aceito e discriminado.

O preconceito ainda presente em nossa sociedade em relação às pessoas dependentes químicas, rotulando estas como fracas, incapazes, vagabundos, marginais, reforça o problema configurado pela inserção crescente do crack na medida em que coloca essas pessoas à margem, invisibilizadas socialmente e despeja sobre elas a completa responsabilidade pelas suas condições de saúde de forma discriminatória, sem refletir sobre a dependência em sua essência, ou seja, sem compreender a dependência como uma condição que afeta qualquer pessoa que faz uso de substâncias psicoativas lícitas ou não.

Durante o período de desenvolvimento do estágio curricular, observamos muitas situações de mulheres em período de puerpério que faziam uso de crack e que não foram citadas nesse trabalho devido à limitação territorial do mesmo. Na grande maioria, essas mulheres referiam a mesma situação: laços familiares rompidos, alguns atendimentos e/ou acompanhamentos na rede de serviços e a dificuldade em aceitar a dependência como doença grave, porém passível de tratamento. Muitas relataram ter desejo em aderir a tratamentos para dependência química ofertados pela rede externa de serviços, mas notamos que os atendimentos prestados pela rede muitas vezes se limitavam à responsabilização do usuário em procurar os serviços sob a justificativa de que a rede, muitas vezes, não possuía recursos humanos e até recursos materiais para atender à demanda de todos os usuários. Compreendemos que ainda há muito para avançar nesse aspecto, porém, quando o usuário é dependente químico, ou ainda e especialmente, faz uso de

crack, concluímos que é também de responsabilidade da rede de serviços se comprometer pela busca ativa desse usuário, com o intuito de possibilitar a sua inclusão em programas e tratamentos que lhe sejam favoráveis para a obtenção da melhoria de suas condições de vida e também de saúde, pois muitas vezes, sob o efeito do uso do crack, esses sujeitos não conseguem cumprir datas, horários agendados e precisam, mesmo que em um primeiro momento, de uma atenção especializada mais direcionada e comprometida.

Para que haja esse comprometimento da rede de serviços, precisamos compreender que a rede é formada por vários atores e que todos precisam estar informados e informar sobre os atendimentos e acompanhamentos aos usuários, com a intenção de configurar um atendimento humanizado e da forma mais integral e intersetorial possível, evitando ações fragmentadas e pontuais, que acabam por desestimular a usuária dependente química na adesão e/ou continuidade de tratamento.

Assim, a rede se configura como a parte mais importante do processo de estimulação e criação de vínculos com a usuária, bem como pelo favorecimento do fortalecimento ou mesmo da reestruturação dos seus vínculos afetivos e familiares, através de atendimentos e acompanhamentos não somente à usuária, mas também extensivos a sua família e/ou pessoas mais próximas, pois somente após essa usuária se sentir acolhida é que ela irá sentir-se à vontade para reconhecer a dependência química como um problema de saúde, que afeta sua vida em todas as dimensões, comprometendo inclusive sua constituição familiar e social.

O período de estágio curricular se constituiu como um importante momento de aprendizado, pois naquele espaço de trabalho configurado por uma instituição de saúde onde se insere o Assistente Social, permeiam muitas realidades distintas, mas, ao mesmo tempo, iguais. Por vários momentos foi possível, junto com a supervisora de campo e supervisora acadêmica, debater sobre algumas situações pontuais que acabavam por se tornar coletivas, devido às semelhanças dos fatos que se dão em nosso cotidiano, em nossa sociedade. Esse vai e vem de informações estimulou o pensamento crítico e reflexivo, que deve estar presente em todas as ações do profissional Assistente Social comprometido com uma intervenção capaz de possibilitar a construção da autonomia e resgate da cidadania dos sujeitos que têm seus direitos diariamente violados e quase se encontram em situação de vulnerabilidade social.

A temática do crack nos fez refletir sobre a dimensão desse problema para além do que vemos constantemente na mídia. Muito mais do que ruas tomadas por usuários de crack, conhecemos a realidade de mulheres, mães, que tem o direito de amar, educar e criar seus filhos violados pela droga. Mulheres que lutam sim, todos os dias, contra uma sociedade preconceituosa e excludente. Essa luta, muitas vezes velada, vai além de suas forças. Elas lutam contra seus limites, suas capacidades. E, se em muitas vezes, elas são derrotadas pelo vício, em tantas outras elas acordam com mais um dia de esperança, mais um dia que pode ser o início de um novo começo. Não são pessoas dignas de pena, tão pouco de nojo. São pessoas dignas de vida e que merecem quantas chances e oportunidades forem necessárias nessa batalha diária e constante contra vários inimigos poderosos: a fragilidade da rede de serviços, o descaso, a descrença, a fragmentação da política, o preconceito e, finalmente, o Crack.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, Felipe. **Uma história que não é contada**. Editora Cléofas, 2008.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de, MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. **Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do Município de Natal/RN: com a palavra a família**. Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, 2010.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de Rede Intersetorial**. 2001. Disponível em <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em 29/10/2014.

BRASIL. **Constituição Federal**, Brasília: Saraiva: 1988.

BRASIL. **Lei Federal 10.216/2001**. Disponível em <http://www12.senado.gov.br/manualdecomunicacao/redacao-e-estilo/internacao-involuntaria-compulsoria>. Acesso em 25/06/2014.

BRASIL. **Lei Federal 8.069/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288). Acesso em 28/05/2014.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica\\_nacional\\_%20saude\\_nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf). Acesso em 28/05/2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos\\_do\\_Direitos\\_em\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf). Acesso em 28/05/2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>. Acesso em 28/05/2014.

BRASIL. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil, Brasília**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Editora: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. **SUS: Princípios e Conquistas**. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2000.

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

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social**. Disponível em <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/assistencia-social/usuario/pnas-politica-nacional-de-assistencia-social-institucional>. Acesso em 28/05/2014.

BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social**. Disponível em [www.mds.gov.br/assistenciasocial](http://www.mds.gov.br/assistenciasocial). Acesso em 28/05/2014.

BRASIL. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2012.

BRASIL. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Textos Básicos de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em 12/09/2014.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em 06/11/2014.

BRASIL. **Conceitos e definições em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Brasília, DF, 1977. Disponível em

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em 20/08/2014.

BRASIL. **SUAS: Perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas**. Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/texto-mds-drogas-final.pdf>. Acesso em 30/09/2014.

BRASIL. **Legislação e Políticas sobre Drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2010.

CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. Disponível em:

<http://www.cmb.org.br/index.php/component/content/article/25-institucional/historia/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil>. Acesso em 30/09/2014.

Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. **COMO SURGIRAM OS HOSPITAIS**. Disponível em

<http://www.portaldafamilia.org/datas/medico/hospital.shtml>. Acesso em 30/09/2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

GRESS. **Conselho Regional de Serviço Social**. Disponível em <http://cress-es.org.br/projetoetico.htm>. Acesso em 28/05/2014.

DICIONÁRIO DE LATIM. Disponível em <http://pt.glosbe.com/la/pt?q=hospes>. Acesso em 30/09/2014.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Crack: Desinformação e Sensacionalismo**. 2013. Disponível em

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/crack-desinformacao-e-sensacionalismo>. Acesso em 08/09/2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

FERREIRA, Rosário de Maria Costa; CRUS, José ferreira; MATIAS, Mariana Lopez. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS: Perspectivas para o Trabalho Integrado com a Questão do Crack e Outras Drogas.**

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: Ensaio Críticos.** 4ed, São Paulo: Cortez, 1997.

KERN, Francisco. **As Mediações em Redes como Estratégia Metodológica do Serviço Social.** Porto Alegre: Edipucrs, 2005.

KERN, Francisco. **Os Sentidos das Teias e Redes Sociais.** Tese de Doutorado. PUCRS, FSS, 2001.

KESSLER, Felix. PECHANSKY, Flavio. **Uma Visão Psiquiátrica Sobre o Fenômeno do Crack na atualidade.** In Revista Psiquiatria RS. 2008.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social.** Revista Textos e Contextos, Porto Alegre. v. 6. n. 2. p. 233-251. Jul/Dez, 2007.

LUNARDI, Laura dos Santos; SILVA, Fernanda Guedes. **A Mão que Afaga é a Mesma que Bate: Reflexões a Respeito de uma Experiência de Estágio em Serviço Social numa Unidade de Pediatria.** Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação. FSS, PUCRS, 2001.

LUZ, Cleuzi Maria da. **Técnica de Visita Domiciliar.** Biguaçu, SC, 2013. Disponível em <http://tecnicas-interventivas-seso2013.blogspot.com.br>. Acesso em 28/05/2014

VIEZZER, Moema; OVALLES, Omar. **Manual Latino-Americano de Educação Ambiental.** São Paulo: Gaia, 2002.

MARTINS, E. R., & Corrêa, A. K. **Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004.

MENEZES, Caio de. **Traficantes adicionam crack à maconha para viciar mais gente.** Jornal do Brasil, julho/2010. Disponível em <http://www.jb.com.br/rio/noticias/2010/07/10/traficantes-adicionam-crack-a-maconha-para-viciar-mais-gente/>. Acesso em 08/09/2014.

NETTO, J. P. **A construção do projeto ético-político contemporâneo.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OPAS 1992. **Declaração de Santa Fé de Bogotá**, p. 41-47. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 1996. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

Revista Abril. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-crack-e-uma-epidemia-no-brasil-mas-o-governo-nao-entende-assim-diz-coordenador-do-cfm>. Acesso em 08/09/2014.

SANTOS, Milton. **Espaço & Método.** 3ª ed São Paulo: Coleção Espaços, Nobel 1992.

\_\_\_\_\_. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia.** São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHERER, Giovane. **Material didático desenvolvido para a disciplina de Laboratório de Processos Interventivos.** FSS/PUCRS, 2012/01.

SCLIAR, Moacyr. **O Brasil e Suas Epidemias.** Plano de aula preparado por Scliar. 2011. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/cultura/o-brasil-e-suas-epidemias>. Acesso em 21/09/2014.

BRASIL. **Dependência química. Crack Assusta e Revela um Brasil Despreparado.** Em Discussão. Revista de audiências públicas do Senado Federal. 2011. Disponível em <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack->

chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx. Acesso em 08/09/2014.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: Mentres Insanas em Corpos Rebeldes**. Ed.: Cosac Naify, 1984.

UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas**, 2013. Disponível em <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>. Acesso em 28/05/2014.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Sistemas de Proteção Social, Intersectorialidade e Integração de Políticas Sociais**. In: A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais. Campinas, SP. Papel Social, 2014.