



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO AO USO ABUSIVO DE PSICOATIVOS NA ADOLESCÊNCIA

Macaé, 2020



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



Grupo de Trabalho

Colaboradores:

Conselho Municipal de Defesa dos Direitos e do Adolescente

Cesária Catarina Carvalho Ribeiro de Maria Souza

Clarisse Martins e Martins

Dilma de Andrade Negreiros

Hugo Leonardo Gomes

Stephany Viana da Mota

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social Direitos Humanos e Acessibilidade

Luciene Lima Perini Andrade – CREAS I

Andreza Oliveira – CREAS I

Priscila Tavares Salgueiro Rangel – CREAS I

Panmella da Silva Manfré – Gestão SUAS

CGPOD – Coordenadoria Geral de Políticas sobre Drogas

Samantha Fragoso Pinto Nunes

Helen Cristinne Aperibense Mareli Carvalho

Instituto Federal Fluminense – Serviço Social

Débora Spotorno Moreira Machado

CAPSAD

Júlio Cesar da Silva Alves Pereira

Tatiana Avelar de Oliveira



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



CRA – Centro de Referência do Adolescente

Monique Rangel do Carmo Gouveia

CRIAAD – Macaé

Patrícia Lobato

CAPSI

Munique da Silva Santos

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Maria do Carmo Stroligo



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



Conselheiros de Direito – CMDDCA – 2017/2020

GOVERNAMENTAL	
Órgão	Titular/ Suplente
Secretaria Municipal de Saúde	Monique Rangel do Carmo Gouveia
Secretaria Municipal de Educação	Marcia de Souza Romeiro Maida Gonçalves
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Acessibilidade	Cesária Catarina Carvalho Ribeiro Maria de Souza
	Cristiane Paquini Fagundes
Secretaria de Esporte	Stephany Viana da Mota
	Roberto da Silva Figueira Junior
Guarda Municipal – Ordem Pública	José Carlos França
	Rony Batalha Farias
CRIAAD (cadeira da polícia civil)	Marcelo Mauricio dos Santos
	Carlos Henrique Vicente dos Santos
NÃO-GOVERNAMENTAL	
OAB	Clarisse Martins e Martins
	Fernanda Soares Felix
Conselho Regional de Serviço Social	Suzana Mancebo
	Wagner dos Reis
Viva Lagos	Kathyane Correa de Oliveira
	Alexandre Fernandes dos Santos
APAE	Luciana Gonçalves Barbosa Thomaz
	Iza Gabriella Silva Santana
CIEMH2	Carine Lima dos Passos
	Dilma de Andrade Negreiros
ASSPROM	Hugo Gomes
	Monique Falcão Lobo



PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO AO USO ABUSIVO DE PSICOATIVOS NA ADOLESCÊNCIA

I - APRESENTAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL

1. Contextualização e Dinâmica de Trabalho

Inicialmente, apresentaremos uma síntese do processo de discussão com diversos atores da rede, entre os anos de 2019 e 2020, que culminaram na elaboração do presente plano municipal.

Destaca-se que o plano passou a ser construído, a partir de questionamentos do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, através da 1ª Promotoria da Infância, ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDDCA sobre o fato de não existir plano de enfrentamento ao uso abusivo de psicoativos por criança e adolescente no município de Macaé e da solicitação de que o conselho cumprisse seu papel de propositor, elaborador e direcionador das políticas públicas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente e buscasse articular a rede para a construção do documento.

Criou-se, então um Grupo de Trabalho para discussão da temática e articulação da rede, sob coordenação de conselheiro de direito, representante da sociedade civil. A partir deste momento, o CMDDCA passou a se comunicar com outros atores da rede, que atuam direto com essa realidade e posteriormente com toda rede municipal que influenciam direta e indiretamente.

As reuniões passaram a acontecer, a partir do mês de agosto de 2019, quinzenalmente, às terças-feiras e contou com a participação de diversos setores do poder público e da sociedade civil organizada. Durante os encontros contou-se com o protagonismo da CGPOD, CAPS AD, CMDDCA, CREAS I.

Durante este período, foi definida a seguinte estrutura:

- Introdução/Apresentação;
- Revisão das Legislações Municipais, Estaduais e Federais;
- Diagnóstico I: Levantamento das atividades exercidas pelos atores da rede que atuam diretamente com a problemática e podem atuar de forma preventiva);



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



- Diagnóstico II: Número de usuários atendidos com o perfil até 18 anos no ano de 2019;
- Conclusão (Encaminhamentos, fluxos de atendimento, direcionamento das ações, esclarecimento de recursos necessários);
- Elaboração do texto do plano.

As reuniões foram se construindo com um caráter não só de identificação de fluxos, mas também de construção e definição de estratégias. Dentre o que foi debatido e pacificado neste processo, estava presente a necessidade de reviver os trâmites em torno da construção da Unidade de Acolhimento e o estabelecimento da ficha de notificação. Ambos devem constar nesse documento, também ficando estabelecido que outras fases e dados deveriam compor o documento.

Participaram ativamente das reuniões, com colaborações pertinentes, diversos órgãos e instituições integrantes da rede, em especial da execução dos serviços e políticas públicas: CMDDCA, CGPOD, CAPSAD, CAPSI, CREAS I, CRA, CRIAAD, IFF (através do Serviço Social), Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Esportes, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Acessibilidade (através da Coordenação da Gestão SUAS) e Secretaria Municipal de Educação.

A seguir, o quadro abaixo apresenta a dinâmica do trabalho:

Quadro 1: Dinâmica de Trabalho

Fase	Responsável
Prelúdio/Contextualização	CMDDCA
Introdução/Apresentação	CGPOD
Revisão das Legislações Municipais, Estaduais e Federais	CGPOD
Diagnóstico I: Levantamento das atividades exercidas pelos atores da rede que atual diretamente com a problemática e podem atuar de forma preventiva.	Informações enviadas pelas unidades da rede e compiladas pelo CMDDCA
Diagnóstico II: levantamento do número de atendidos com o perfil até 18 anos durante o ano de 2019,	Informações enviadas pelas unidades da rede e compiladas pelo CMDDCA



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



Desenvolvimento	CGPOD, CAPSAD, CAPSI, CREAS I, SEMDSDHA
Conclusão do Plano	CMDDCA e Coordenação de Saúde Mental

Fonte: Elaboração Própria

A dinâmica do trabalho passou por várias fases. Primeiramente, foi elaborado o Diagnóstico I, consistente no levantamento das atividades exercidas pelos atores da rede que atua diretamente com a problemática e podem atuar de forma preventiva.

O Diagnóstico II consistiu no levantamento do número de atendidos com o perfil até 18 anos durante o ano de 2019, fazendo com que unidades que já haviam entregue, passassem a dever dados.

No ano de 2019, o grupo de trabalho iniciou a elaboração do presente texto, de forma coletiva, que foi concluído em 2020, com a participação de todos os atores da rede e submetido à apreciação do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Macaé.

Assim, esse documento foi construído coletivamente, inclusive quanto à fase da escrita, que teve a participação de diversos representantes dos órgãos, programas e coordenadorias que participaram das reuniões e de todo o processo construtivo.

2. Apresentação do Plano Municipal

O enfrentamento da problemática da atenção integral às pessoas que consomem psicoativos constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Corroborando tais afirmações, estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (Murray e Lopez, 1996) sobre a carga global de doenças trouxe a estimativa de que o álcool seria responsável por 1,5% de todas as mortes do mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para a incapacidade. Em artigo publicado na Revista Brasil Epidemiologia em maio/2017, sobre fatores de risco relacionados à carga global de doenças do Brasil e Unidades Federadas, o uso de álcool



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



e drogas ocupa o 4º lugar no ranking dos principais fatores de risco para todas as causas de anos de vida ajustados por incapacidade na Unidade Federada do Rio de Janeiro.

Os transtornos mentais e de comportamento têm ocorrência relativamente comum na adolescência e trazem custo inestimável para a sociedade como um todo, especialmente nos aspectos humano e financeiro.

Atualmente, vemos uma elevação na identificação de transtornos que, frequentemente observados em adultos, podem ter seu início na idade infantil, como no caso dos transtornos depressivos, assim como existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso ocorre de forma cada vez mais pesada.

Como consequência, temos altos índices de abandono escolar, bem como o rompimento de outros laços sociais que reforçam a percepção pública deste uso como próximo ao crime, faltando a compreensão dos fenômenos como reflexo de questões multifatoriais.

Estudos sobre o uso indevido de drogas por estudantes encontram dificuldades para sua replicação em ambientes escolares de natureza privada, o que se justifica por diversas razões: entre elas, o temor de que, mediante indevida divulgação dos dados obtidos, os estabelecimentos que aderirem fiquem de alguma forma estigmatizados. Nas camadas mais pobres da população, o uso de solventes e maconha é observado com frequência.

Com relação ao consumo de ansiolíticos, anfetaminas e cocaína, comparando-se o aumento do consumo destas substâncias ao logo de quatro levantamentos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas em Escolas Públicas no período de 1987 a 1997, na categoria de uso "seis vezes ou mais no mês", observou-se aumento no consumo de 100% para ansiolíticos, 150% para as anfetaminas, 325% para a maconha e 700% para a cocaína (esse aumento deve sempre ser analisado em comparação aos registros ao longo de um determinado período de tempo - o que é denominado série histórica).

Esses estudos, denominados levantamentos epidemiológicos, são feitos com o propósito de saber qual é a frequência de uso e quais são as características das variáveis de interesse nesse grupo. Geralmente são realizados em domicílios, escolas e universidades, e com a população de rua. O aumento do número de sujeitos que consumiram essas drogas pode ser consequência de uma maior disseminação dessas



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



substâncias na sociedade ou em determinada localidade. Já indicadores epidemiológicos fornecem dados diretos sobre o consumo de drogas. Ambas as abordagens são válidas e complementares.

Entre as meninas, foi registrado pelo CEBRID em 2010 proporções mais elevadas de uso de álcool, anfetamínicos (sob a forma de remédios para emagrecer) e ansiolíticos (calmantes), se comparadas às proporções de drogas utilizadas pelos meninos.

Em pesquisa realizada com a população jovem em situação de rua em 2003, 1/3 relatou uso diário de tabaco, 16% referiram uso diário de solventes e 11% revelou uso diário de maconha. A maior parte dos entrevistados referiu ter iniciado o consumo de álcool antes de se encontrar em situação de rua: 76% já experimentou álcool, mas apenas 3% relatou uso diário.

A caracterização do uso das drogas, obtida em levantamento domiciliar sobre drogas realizado pelo CEBRID em 2001 e 2005, revelou o álcool como a droga mais utilizadas (74,6%) e também o maior percentual de dependência observado (12,3%). Quase a totalidade da amostra considera um risco grave à saúde o consumo diário de álcool, maconha e/ou cocaína.

Em anos recentes, a mídia vem divulgando informações a respeito da disseminação do crack em nossa sociedade, o que se traduz, para muitos, na ideia de que é a droga mais consumida no Brasil. Pesquisa realizada em 2012 pela Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) indica que crack e/ou similares foram consumidos por um terço dos usuários de drogas ilícitas (com exceção da maconha), diferentemente das formulações que circulam pelos meios de comunicação. Com a metodologia de estimação indireta network Scale-up, foi possível estimar 370 mil usuários regulares de crack e/ou similares nas capitais brasileiras. A network Scale-up é uma pesquisa domiciliar que estima, de modo mais preciso, populações consideradas de difícil acesso.

O Relatório Brasileiro Sobre Drogas, publicado em 2009, traz diversos indicadores epidemiológicos que podem servir para dimensionar o cenário nacional sobre o consumo de drogas. O ano de 2007 foi aquele em que foram registradas mais apreensões de drogas, como crack, pasta base, a maconha, o haxixe e o ecstasy. Das internações financiadas pelo SUS, 1,2% está diretamente associado ao consumo de drogas. Dessas internações, 69% foram causadas pelo álcool.

Vários trabalhos citados por Galduroz, Noto e Carlini na discussão do IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



brasileiras evidenciam que o uso de psicoativos influem fortemente no baixo rendimento escolar. No entanto, a defasagem no País é tão grande que, mesmo sem o uso de drogas, a análise mais aprofundada fica comprometida.

Uma ação política racional pode melhorar o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que é vivenciado por uma sociedade, evitando que se assista de forma passiva ao fluxo e refluxo de tal problemática.

A produção de novas possibilidades de vida para aqueles que sofrem devido ao consumo de psicoativos não ocorre somente por leis, mas também pela implementação de planos e propostas, bem como exercício no cotidiano dos serviços, práticas e instituições, com a definição sistematizada de responsabilidades para cada ator institucional em cada esfera de governo.

O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Macaé, a partir de solicitação do Ministério Público da Infância e Juventude e convocação dos atores e parceiros que militam e intervêm na área, acolhe a missão de mapear a rede de atenção e estabelecer diretrizes para prevenção e cuidado a adolescentes cuja história é perpassada pelas questões referentes ao uso problemático de psicoativos, prescritos ou proscritos.

Por tratar-se a Política Sobre Drogas de uma política intersetorial, nenhuma política pública setorial esgota instrumentos e práticas que possam fortalecer fatores de proteção ou promover acolhimento e cuidado a usuários problemáticos de psicoativos, ao contrário, vamos precisar de uma conjugação de dispositivos das políticas públicas de Assistência Social, Cultura, Educação, Esportes e Saúde, bem como sociedade civil organizada e comunidade, de acordo com os casos individuais, comunitários ou territoriais identificados.

Entretanto, o texto da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que ratificou as diretrizes básicas do SUS, demarca, pela primeira vez em nossa história, o cuidado ao usuário problemático de psicoativos como prerrogativa da Política de Saúde Mental, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental - e consequentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de psicoativos - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando a descentralização do modelo de atendimento, ao determinar a estruturação de serviços mais próximos dos seus usuários.



Nesta condição, vemos o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro de 2001) evidenciando, de forma ética e diretiva, a afirmação e elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde. Assim, os dispositivos de Atenção Psicossocial devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica na busca pela atenção integral ao adolescente em uso problemático de psicoativos. É a rede e seu fluxo que buscamos desenhar neste plano.

II- INTRODUÇÃO:

A realidade contemporânea tem colocado novos desafios no modo como certos temas têm sido habitualmente abordados, não apenas no campo da Saúde, mas no campo da Educação e de outras formas de produção de vida, como Cultura e Esportes. Este é o caso do tema "Uso inadequado de psicoativos", que nos indica a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem correr diferentes saberes e aportes teórico-técnicos.

O tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. A percepção distorcida da realidade do uso de substâncias psicoativas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante.

Os atores e parceiros reunidos para a elaboração do presente Plano, após uma agenda de estudos e discussões, chegaram à conclusão de que uma Política de prevenção, cuidado e formação de um sujeito capaz de escolhas conscientes e responsáveis necessariamente terá que ser construída na interface de programas dos diversos órgãos e setores públicos e privados do território do Município.



Dentro de uma perspectiva de Saúde Pública, o planejamento dos caminhos da Atenção ao adolescente em uso problemático de psicoativos deve contemplar a sua totalidade como sujeito, individual e coletivo, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível, pois assim, o nível de adesão ao tratamento ou práticas de prevenção ou promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário.

Reconhecer o usuário, suas características e necessidades, assim como o contexto que o constitui sujeito, exige a busca de novas estratégias de contato e vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, cuidado e promoção adaptados às diferentes necessidades.

Tomamos como norte uma Política Pública coerente, eficaz e efetiva, que leve em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes e que, portanto, o retardo do consumo de substâncias psicoativas, a redução dos danos associados ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para a sua construção.

III- MARCO TEÓRICO-POLÍTICO

3.1 - A Lógica que separa as Políticas Setoriais

No longo processo de reuniões que marcou as discussões intersetoriais que embasam a construção deste plano, os atores presentes perceberam que, menos do que contribuir para o avanço de dispositivos e instrumentos de diagnóstico, reabilitação e cuidado, promoção de vida e saúde e prevenção, a divisão da rede de atenção em políticas públicas setoriais tem resultado em nichos de saber/poder/campos de prática que por vezes os isola.

Por este caminho, perdemos as contribuições da experiência clínica voltada para as características e questões singulares de cada corpo, cada sujeito, cada história de vida. Isolamos as contribuições da política territorial e capilarizada da Proteção Social Básica, que tanto potencial tem de levar alternativas de produção de vida aos sujeitos. Especializamos o Esporte e a Cultura como se fossem campos cuja execução só vale a pena se for para desenvolver o esporte de alto rendimento, descartando a prática de atividades artísticas e esportivas para produção de saúde, de afetos, de sociabilidades, de prazeres, enfim, de produção de vida, como instrumento de mobilização no território.



E parece que hoje reside aí nosso grande desafio: instaurar nos campos de política pública que constituem caminhos do adolescente em uso problemático de psicoativos um atendimento que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo de prática em cada Política Setorial e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes e fazeres uns sobre os outros, com os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos e possibilidades de prática dedicada a uma questão cuja repetição de receita já nos frustrou enquanto sociedade e provou-se improdutiva e representativa de poucos interesses.

Desta forma, entendemos que promover a integração de políticas públicas para a promoção de mudanças requer:

- 1) mudanças individuais de comportamento que estão diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares;
- 2) a mudança de crenças e normas sociais;
- 3) ações de informação e prevenção, destinadas à população em geral com vistas a uma mais consistente participação comunitária;
- 4) diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais;
- 5) adoção de políticas de promoção a saúde que contemplem ações nas áreas de educação, saúde e acesso a bens e serviços.

Ganham com isto os usuários da Política Pública e todos os profissionais e cidadãos comprometidos com a saúde enquanto defesa da vida.

3.2 - A Política de Atenção Integral ao Adolescente/Jovem em uso Problemático de Psicoativos

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a adolescentes em uso problemático de psicoativos exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de cuidado) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social ou criminoso. Decorre daí que, frente ao objetivo único a ser alcançado, a abstinência, são traçadas as estratégias de abordagem: redução da oferta e redução da demanda.

Parece-nos que aí resulta perdido o sentido da clínica e da abordagem territorial de serviços de convivência que viabilizem a produção artística, esportiva, cognitiva e



criativa, ou seja, a riqueza do que nos oferece a Política Pública de base territorial que se empobrece.

Queremos com este plano resgatar o sentido de Política Pública que implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de experienciar o seu real e/ou representarem em ato o seu processo de vida, garantindo seu direito a escolhas conscientes e saudáveis e acesso ao cuidado integral.

3.3 - A Redução de Danos

A Redução de Danos (RD) consiste em um conjunto de princípios, políticas e práticas voltados para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas e não considera que deva haver a sua imediata e obrigatória extinção, ou seja, seu foco está na formulação de práticas direcionadas aos usuários, objetivando a diminuição dos danos causados por seu uso.

Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas prevenção e cuidado devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Vemos aqui que a redução de danos se configura como um dos métodos (no sentido de caminho), e, portanto, não excludente dos outros, onde cuidar implica no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas vidas que nele se expressam.

3.4 - A Rede Como Local de Conexão e de Inserção

Num processo de formatação de Política Pública, nunca é demais afirmar que é a rede - de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais em interação constante - que cria acessos variados, acolhe, encaminha,



previne, trata, reconstrói existências e cria efetivas alternativas àquilo que, no uso de psicoativos, apaga o sujeito e destrói a vida.

É este nosso intento e nosso resultado: criar conexões entre os equipamentos, promover constante discussão e atualização de seus profissionais, formular propostas de ação em articulação com áreas afins, executar e avaliar tais políticas sempre com o foco no desvelamento do sujeito e sua relação com o que o faz adoecer e sucumbir.

Desta forma, proporcionar tratamento na Atenção Primária em Saúde e Proteção Social Básica da Assistência Social, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, viabilizar Educação em Saúde, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos entre os diferentes setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, incentivar a coleta de dados e produção de informação, bem como estabelecer fluxo entre programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas neste Plano, atribuindo-lhe uma perspectiva ampliada de Política Pública.

IV- DIRETRIZES PARA UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS ADOLESCENTES EM USO PROBLEMÁTICO DE PSICOATIVOS

As diretrizes para uma política de atenção específica a este público devem estar em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente - preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde, tal como regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 de 2001.

Ressaltamos que o grupo de trabalho constituído considera que a Lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis, se aplicada com eficácia.

A necessidade de definição de estratégias que visam ao fortalecimento e articulação da rede de assistência aos adolescentes e jovens usuários de psicoativos em Macaé, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos, levou o grupo de trabalho a desenhar um fluxo de acordo com os equipamentos já instalados das diversas políticas setoriais.

A equipe municipal reunida pelo Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente acredita que a oferta de cuidados extra-hospitalares, inseridos na comunidade e complementados por outros programas assistenciais promove condições para a reversão das condições problemáticas associadas ao uso de psicoativos.



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmdcdacadmacaé@gmail.com



Assim, estabeleceu como diretrizes:

- I. Educar a população, pois tal providência promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e a atenção integral voltada para os consumidores de psicoativos, aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido de psicoativos, em especial no período que compreende a adolescência e juventude.
- II. Melhor divulgação da proibição legal da venda de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes, inclusive acionando-se os setores com o poder de polícia do Estado diante de estabelecimentos que pratiquem o comércio de álcool direcionado a adolescentes, em especial àqueles em período escolar.
- III. O desenho do fluxo de atendimento dentro da rede intersetorial para o adolescente/jovem em uso de psicoativos, a fim de abrigar práticas de cuidados e projetos terapêuticos ao mesmo tempo abrangentes e flexíveis, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.
- IV. Formação permanente dos profissionais da Rede de Atenção em práticas de Redução de Danos.
- V. A rede proposta se baseia em serviços comunitários de Saúde e Assistência Social, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral.
- VI. O cuidado especializado para o jovem em uso de substâncias psicoativas, de acordo com a Portaria 336/MS, ficará a cargo dos Centros de Atenção Especializada (AD ou Infantil) e Centro de Referência do Adolescente, permanecendo o plano terapêutico, sob responsabilidade e direcionamento destas equipes, ser traçado nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, dentro de uma perspectiva individualizada, de construção de cada caso de acordo com as suas especificidades.
- VII. Será instituído instrumento de notificação de casos de adolescentes em situação de uso problemático de psicoativos, com o intuito de produção de dados que fundamentem acompanhamento e análise em séries históricas do fenômeno.
- VIII. As articulações com a sociedade civil, associações e organizações comunitárias e universidades são fundamentais para ampliar a cobertura das ações dirigidas a população.
- IX. Aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade, que demandem por cuidados mais específicos, em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), principalmente para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos.



V- FLUXO DO ATENDIMENTO

A Portaria 2.197 GM/MS, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de psicoativos, estabelece que qualquer programa de Atenção Integral a usuários de substâncias psicoativas tem como principais componentes:

- I. Componente Atenção Básica
- II. Componente da Atenção no CAPS ad, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas;
- III. Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidades de Acolhimento (Adulta e Infanto-Juvenil)
- IV. Componente da Atenção Hospitalar de Referência;
- V. Componente da Rede de suporte social.

Baseados nesta diretriz do Ministério da Saúde, o grupo instituído pelo Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente para a confecção do presente plano apresenta a rede identificada:

5.1 - Portas de Entrada:

Consideram-se portas de entrada para acionar os dispositivos de atenção e cuidado todos os equipamentos da rede de atenção a adolescentes no Município: os equipamentos de Proteção Social Básica e Especial (CRAS E CREAS); os equipamentos de Atenção Básica em Saúde, em especial as equipes de Estratégia Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde e as unidades de ensino da rede pública.

5.2 - Dispositivos de Atenção Integrada:

Equipamentos das políticas setoriais de base territorial que devem abrigar tanto atividades de promoção da saúde e prevenção quanto atividades de reinserção social-Atenção Básica e Rede de suporte social:

- Centros de Referência em Assistência Social - CRAS e Serviços de Fortalecimento de Vínculos
- Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde
- Escolas públicas de Ensino Fundamental e Médio
- Pontos de Cultura
- Núcleos do Programa de Iniciação Desportiva



5.3 - Centros de Atenção Especializada

Constituem os serviços de referência para o cuidado em Saúde Mental e proteção em situações já configuradas como problemáticas no sentido de abuso de substâncias, crises de abstinência e possíveis conflitos com a Legislação vigente:

- CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CAPS Ad III - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
- CAPS i II- Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CRA - Centro de Referência do Adolescente

O artigo 4º da Portaria 2.197 GM/MS estabelece uma lógica de oferta de cuidados na atenção ao usuário de psicoativos:

- I. Oferta de acolhimento, práticas terapêuticas, preventivas, de promoção da saúde, educativas e de reabilitação psicossocial, como estímulo à sua integração social e familiar;
- II. integração comunitária de práticas e serviços, numa lógica territorializada;
- III. funcionamento segundo as normas expressas pela Portaria 336/GM;
- IV. Articulação de todas as unidades da Rede de Atenção Integral a usuários de psicoativos;
- V. Adoção da lógica da redução de danos.

Segundo o art. 4º da Portaria 336 GM/MS a assistência prestada no CAPS III, classificação pleiteada pela Gerência de Saúde Mental para o CAPS Ad, a assistência prestada ao usuário do Serviço inclui as seguintes atividades:

- a. atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b. atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c. oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio;
- d. visitas e atendimentos domiciliares;
- e. atendimento à família;
- f. atividades comunitárias;



- g. acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 dias;
- h. uma refeição diária para os pacientes assistidos em um turno, duas refeições diárias para os pacientes assistidos em dois turnos e 04 refeições diárias para os pacientes que permanecerem no serviço por 24 horas.

De acordo com o artigo 5º da Portaria 336, os CAPS I e CAPS Ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva.

5.4 COMPONENTE ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO (UNIDADES DE ACOLHIMENTO)

As Unidades de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde.

As UA funcionam 24 horas, 7 dias por semana e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de, no máximo, seis meses e dependerá de projeto terapêutico singular proposto pela rede de cuidados.

As UA são organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto - UAA, destinadas a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos;

II - Unidade de Acolhimento Infantojuvenil - UAI, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). A UAA terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas e a UAI terá disponibilidade de 10 (dez) vagas. 6.

Para a implantação da Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, os municípios ou regiões devem ter acima de 100 mil habitantes, respeitando o cálculo de 2.500 (dois mil



e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em situação de risco para o uso de drogas.

5.5 COMPONENTE ATENÇÃO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA

O artigo 5º da Portaria 2.197 GM/MS os Hospitais Gerais como o lócus de sua instalação, bem como seus objetivos:

- I. Compor a rede de atenção integral a usuários de psicoativos;
- II. Compor a rede hospitalar de retaguarda a usuários de psicoativos;
- III. Atuar respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial;
- IV. Dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situação de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de psicoativos advindas dos CAPS e da rede básica;
- V. oferecer suporte hospitalar por meio de internações de curta duração para usuários de psicoativos em situações para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de imediata intervenção em ambiente hospitalar, sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência;
- VI. Oferecer suporte e encaminhamento adequado aos usuários que evidenciarem indicativos de comorbidades de ordem clínica; e
- VII. evitar a internação de usuários de psicoativos em hospitais psiquiátricos.

A cidade de Macaé não possui tal modalidade de atendimento, levando muitos jovens a internação fora da cidade e na maioria vezes em comunidades terapêuticas, tendo como consequência o afastamento do convívio familiar e comunitário. Essa abordagem desconsidera a rede de proteção do território em que o adolescente está inserido e a capacidade do sujeito de desenvolver a sua autonomia partindo da realidade em que vive. Se apresenta mais como uma abordagem proibicionista voltada para o controle do que no direito de escolha e de acesso aos serviços de saúde e de convivência. Desse modo, é fundamental que o território ofereça tratamento em uma abordagem adequada, tendo em vista as singularidades dos sujeitos e o fortalecimento dos seus vínculos de modo a promover um sujeito autônomo e capaz de fazer escolhas. A implantação da referida modalidade fica como meta a ser alcançada, enquanto isso, a a demanda poderá ser atendida pelos dispositivos elencados neste Plano.



5.6 - INTERSETORIALIDADE

Constitui-se o desafio aqui colocado: aperfeiçoar os instrumentos de acompanhamento e geração de informações, a fim de registrar a execução com fidedignidade e tornar factíveis os processos de gestão e avaliação dos "caminhos de prática" elencados.

Considerando a rede acima elencada, o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Macaé define como porta de entrada para a prevenção, o cuidado e processo de reabilitação/reinserção social ao adolescente em uso problemático de psicoativos:

- Os Centros de Referência em Assistência Social localizados nos bairros Ajuda, Aroeira, Botafogo, Nova Esperança, Serra e Visconde de Araújo, que, pela Política de Assistência Social, fica responsável pela articulação no território de atividades de acompanhamento à família e serviços de convivência para desenvolvimento de reflexões, práticas desportivas e artísticas;
- Os Centros de Referência Especializados de Assistência Social, responsáveis, na Política de Assistência Social, pelo acompanhamento das medidas socioeducativas em meio aberto;
- Os polos de Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e acompanhamento de condições crônicas leves de uma população adscrita;
- Os Centros de Atenção Psicossocial

Em consonância com a Política de Saúde Mental, recomenda-se que o cuidado especializado às situações que configurarem uso problemático e conflito com a Lei, sejam confiadas, de acordo com avaliação intersetorial, às equipes abaixo, que compartilharão e articularão as ações entre si e com os demais dispositivos da rede sempre que haja necessidade e que esta interação produza benefícios ao desenvolvimento de potencialidades e garantia de direitos para os adolescentes e suas famílias:

- Ao Centro de Referência do Adolescente, quando entenderem que o uso inadequado de substância se articula com outras questões características da fase adolescente demandando uma atenção especializada à esta fase de



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmdcdacademacae@gmail.com



desenvolvimento mais do que especializada em consumo inadequado de psicoativos.

- Ao CAPS Infantil, quando as equipes entenderem que a demanda especializada em cuidado ao uso de psicoativos supera os cuidados direcionados à adolescência. Nestes casos, planejará e atuará em conjunto com a rede e o CAPS Ad.

As situações que demandarem cuidados clínicos emergenciais relativos a quadros clínicos de abstinência e/ou intoxicação aguda serão encaminhadas ao Hospital Público Municipal, com assistência permanente das equipes de Saúde Mental, especialmente CAPS i e CAPS Ad, cujo contato será efetivado através das equipes de Serviço Social e Psicologia do próprio Hospital.

Em casos de intercorrências nos fins de semana, os encaminhamentos serão feitos ao Pronto Socorro Municipal.

O Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e o grupo técnico instituído para a elaboração deste plano descarta as hipóteses de internação (voluntária ou involuntária) em Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas como forma de cuidado em saúde, em quaisquer circunstâncias e ocorrências clínicas.

E recomenda que os casos de risco de vida sejam tratados com a medida protetiva de acolhimento institucional, fora do Município se as equipes Executiva e Judiciária locais assim o definirem, a fim de que permaneçam sob a responsabilidade do cuidado em saúde situações clínicas de atenção básica, especializada e hospitalar, conforme o fluxo de atendimento anteriormente desenhado.

VI- A DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, aprovada por meio da resolução 109/2009, organiza os serviços socioassistenciais por nível de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade).

A proteção Social Básica constitui um conjunto de ações, serviços e benefícios eventuais de base territorial e descentralizada destinada a prover aos usuários um conjunto de aquisições destinadas a superar as condições de vulnerabilidade social dos usuários. O primeiro deles a se mencionar é o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmdcdacadmacaee@gmail.com



(PAIF), que consiste no trabalho com as famílias, de caráter continuado, objetivando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, realizados nos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Embora o PAIF não tenha caráter terapêutico, suas ações devem envolver todas as pessoas que precisam de cuidado, articulando com outros órgãos da rede socioassistencial do município, bem como as redes intersetoriais, o encaminhamento de crianças e adolescentes para o tratamento. Entende-se que a mudança de comportamento do usuário de psicoativos pode provocar profundas devastações na estrutura familiar, assim, o vínculo familiar é diretamente afetado e precisa ser reconstituído e/ou fortalecido.

Segundo a Resolução 109/2009, "a articulação dos serviços socioassistenciais do território com o PAIF garante o desenvolvimento do trabalho social com as famílias dos usuários desses serviços, permitindo identificar suas demandas e potencialidades dentro da perspectiva familiar, rompendo com o atendimento segmentado e descontextualizado das situações de vulnerabilidade social vivenciadas".

Além do PAIF, a Proteção Social Básica conta com a oferta direta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) nos territórios cobertos pelos CRAS, que visa propiciar experiências favorecedoras do desenvolvimento de sociabilidades e na prevenção de situações de risco social, a fim de complementar as ações do PAIF. O SCFV deve ser realizado em grupos e suas ações, conforme a resolução 109/2009, "*devem valorizar a pluralidade e a singularidade da condição juvenil e suas formas particulares de sociabilidade; sensibilizar para os desafios da realidade social, cultural, ambiental e política de seu meio social; criar oportunidades de acesso a direitos; estimular práticas associativas e as diferentes formas de expressão dos interesses, posicionamentos e visões de mundo de jovens no espaço público.*"

No município de Macaé, a rede de proteção social básica é composta de 7 unidades de CRAS, localizadas em comunidades vulneráveis, sendo elas: CRAS Aroeira, CRAS Aeroporto, CRAS Barra, CRAS Botafogo, CRAS Nova Esperança, CRAS Novo Visconde e CRAS Serra. Essas unidades também executam o Serviço de Convivência, com exceção dos CRAS Aroeira e CRAS Aeroporto.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade constitui o serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias em situação de risco ou violação de direitos, por



**CONSELHO MUNICIPAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE MACAÉ/RJ**

E-mail: cmddcademacae@gmail.com



meio do serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), realizados nos CREAS. O serviço articula-se com as atividades e atenções prestadas às famílias nos demais serviços socioassistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Efetivamente o CREAS referencia as famílias quando esta criança ou adolescente sofre uma violação de direito, como agressões físicas e psicológicas, por ser usuário de drogas, e realiza o acompanhamento não somente do indivíduo, como da família. O município ainda conta com o serviço de Abordagem Social, que busca identificar nos espaços públicos pessoas que estão em situação de violação de direitos, inclusive crianças e adolescentes, para encaminhamento e acesso dos serviços da rede socioassistencial, bem como da rede do município, como encaminhamento aos CAPS-AD e o CRA (Centro de Referência do Adolescente).

No município de Macaé, a rede de proteção social especial de média complexidade é composta de dois CREAS, sendo o CREAS I localizado na região Central da cidade e o CREAS II, localizado no bairro Bosque Azul.

Sabendo que o SUAS não possui caráter de tratamento, suas ações devem focar no fortalecimento e na recuperação e fortalecimento dos vínculos familiares e de pertencimento, o desenvolvimento de potencialidades de crianças e adolescentes, bem como garantir o referenciamento e acompanhamento dos adolescentes e suas respectivas famílias nos serviços socioassistenciais, incluindo, quando necessário, nos programas de transferência de renda e oferta de benefícios socioassistenciais.

Ainda no âmbito da Proteção, a Política de Assistência Social prevê a oferta de benefícios eventuais, que se caracterizam pela oferta de provisões em caráter temporário aos indivíduos e às famílias referenciadas nas unidades do CRAS ou CREAS, como forma de enfrentamento a situações de risco e/ou vulnerabilidade.

Em Macaé, a oferta dos benefícios eventuais é regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 144/2020, de 04 de setembro de 2020. Conforme art. 6º, o Decreto regulamenta os seguintes benefícios no âmbito do município: auxílio natalidade, auxílio funeral, auxílio passagem, auxílio alimentação, aluguel social e outros benefícios eventuais que atenda as necessidades de vulnerabilidade temporária.



VII- CONCLUSÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 é um marco normativo para as políticas públicas, de onde extrai-se a importância do cuidado ao adolescente no território. Segundo seu artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), por intermédio dos artigos 3º, 4º e 7º, §1º, assegura a crianças e adolescentes a prioridade de atendimento em saúde, incluído aí, o tratamento em saúde mental, garantindo-o entre os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

No Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, instituído pela Portaria GM 1608, de 03/08/2004 foram traçadas as diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional assim como a necessidade de prevenção de novos casos de internação.

O documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em conjunto com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), em 2008, que descreve dez princípios gerais que orientam o tratamento da dependência de drogas. Um deles, intitulado “*Tratamento da dependência de drogas, direitos humanos e dignidade do paciente*” explicita que o direito à autonomia e autodeterminação, o combate ao estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para a dependência de drogas. O documento também recomenda que o tratamento não deve ser forçado aos pacientes.

Por fim, o Relatório Nacional de Inspeção em comunidades terapêuticas (CFP, 2017), elaborado conjuntamente pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Federal de Psicologia, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e pelo Ministério Público Federal apontou um conjunto de violações de direitos humanos nas referidas comunidades terapêuticas.

Diante do exposto, o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Macaé e o grupo técnico instituído para a elaboração deste plano descarta



as hipóteses de internação (voluntária ou involuntária) em Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas como forma de cuidado em saúde, em quaisquer circunstâncias e ocorrências clínicas.

VIII- REFERÊNCIAS

ADADE, Mariana; MONTEIRO, Simone. **Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v40n1/aop1140.pdf>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. Lei Federal nº 10.216, de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprovação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2009.

_____. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura – Brasília DF: CFP, 2018.

_____. ABRASME. Nota técnica – Acolhimento de Adolescentes em Comunidades Terapêuticas.