

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

DULCE REGINA AMORIM

**ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO ABUSIVO DE
DROGAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA
GRANDE - MT**

**Cuiabá - MT
2018**

DULCE REGINA AMORIM

**ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO ABUSIVO DE
DROGAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E
ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA
GRANDE - MT**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social, sob a orientação da Prof.^a Dra. Tânia Maria Santana dos Santos.

**Cuiabá – MT
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

A524a Amorim, Dulce Regina.

Atenção ao Adolescente com uso abusivo de drogas nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência do município de Várzea Grande/MT / Dulce Regina Amorim. -- 2017
82 f. ; 30 cm.

Orientador: Tania Maria Santana dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, 2017.
Inclui bibliografia.

1. adolescência. 2. Política Pública. 3. Uso abusivo de drogas. 4. Várzea Grande. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

DULCE REGINA AMORIM

**ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO ABUSIVO DE DROGAS NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO
DE VÁRZEA GRANDE - MT**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social.

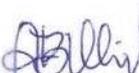
Apresentada em 31 de agosto de 2017.

Situação: aprovada

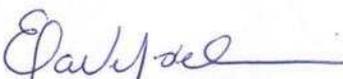
Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Santana dos Santos - UFMT (Orientadora)



Prof.^a Dr.^a Arlete Benedita de Oliveira - UFMT (Examinadora Interna)



Prof.^a Dr.^a Erivã Garcia Velasco - UFMT (Examinadora Interna)

Prof.^a Dr.^a Imar Domingos Queiróz - UFMT (Examinadora Suplente)

Dedico esta Dissertação de Mestrado aos meus filhos, Giórgia Amorim Costa e Jorge Eduardo Amorim Furtado, pela compreensão e apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a DEUS, que me deu força para conclusão de trabalho.

À minha irmã, Vera Aparecida Amorim, pelo apoio, carinho e cuidado.

Aos meus sobrinhos João Paulo Amorim Araújo, Wesley Tadeu de Araújo e Patrícia Aparecida Azevedo, pelo carinho e apoio.

Aos meus pais Zebino Amorim e Zeferina Vitória de Amorim, por estarem presente neste momento da minha vida profissional.

À minha Orientadora Prof^ª Dr^ª Tania Maria Santana dos Santos, pela sua dedicação e paciência durante o período do Mestrado.

Aos meus colegas de Mestrado, em especial à Cintia Branco, Fátima Lessa e Vera Araújo, pelo apoio nos dias difíceis.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a Rede de Atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas no Município de Várzea Grande-MT. A preocupação maior visou conhecer como as ações voltadas para a atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas estão sendo implementadas nas Políticas de Saúde e Assistência Social no referido município, mas também verificar de que forma está se dando a articulação entre as mesmas no que se refere ao atendimento a este público específico.

Com este intuito, foram analisadas as referenciais legais que tratam sobre infância e adolescência, a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica da Assistência e os documentos referentes ao Sistema Único da Saúde, além da documentação gerada pelos organismos oficiais do município de Várzea Grande, como Plano Municipal da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e o Plano Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Palavras-chave: Adolescência, Uso abusivo de drogas, Políticas públicas, Várzea Grande-MT.

ABSTRACT

This study aims to analyze the Network of Attention to adolescents with drug abuse in the Municipality of Várzea Grande-MT. The main concern was to know how the actions directed at the attention to adolescents with drug abuse are being implemented in the Health and Social Assistance Policies in said municipality and to verify how the articulation between them is taking place in what is refers to the service to this public.

The legal framework that deals with childhood and adolescence, the Federal Constitution, the Statute of the Child and Adolescent, the Organic Law of Assistance and documents referring to the Unified Health System, as well as the official documents of the municipality as a Municipal Plan of the RAPS - Network of Psychosocial Attention and Municipal Plan of the Rights of the Child and the Adolescent.

Keywords: Adolescence, Drug abuse. Public policy, Várzea Grande-MT.

LISTAS DE ABREVIATURAS

CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CF	Constituição Federal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CENTRO POP	Centro de Atendimento Especializado à população de rua
DEA	Delegacia Especializada do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MNMMR	Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua
PSF	Programa Saúde da Família
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às famílias e indivíduos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SESP	Secretaria de Estado de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SINTEP	Sindicato dos Trabalhadores no Ensino Público de Mato Grosso
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso

INTRODUÇÃO	1
1 CRIANÇA E ADOLESCENTE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERÊNCIA LEGAL.....	6
1.1 REFERÊNCIA LEGAL: A LEGISLAÇÃO NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INFANTO JUVENIL	9
1.1.1 Constituição Federal de 1988	9
1.1.2 Estatuto da Criança e do Adolescente	11
1.1.3 Lei Orgânica da Assistência Social	15
1.1.4 Sistema Único da Saúde	17
2 ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO DE DROGAS PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	26
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DESTINADA AO ADOLESCENTE	30
2.1.1 Reforma Psiquiátrica.....	31
2.2.2 Conferencias Nacionais de Saúde Mental com enfoque na criança e do adolescente	32
2.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	32
2.3 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DESTINADA AO ADOLESCENTE ..	44
2.4 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	49
3 A REDE DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO ABUSIVO DE DROGAS: MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE.....	51
3.1 MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE.....	51
3.2 OS SERVIÇOS QUE COMPÕEM DE REDE DE ATENÇÃO A CRIANÇA E ADOLESCENTE.....	52
3.3 DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DA ATENÇÃO.....	56
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	71

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a Rede de Atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas no Município de Várzea Grande-MT. De modo mais específico, buscou conhecer como as ações voltadas para a atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas são implementadas no interior das Políticas de Saúde e Assistência Social no referido município, mas também verificar de que forma está se dando a articulação entre as mesmas, no que se refere ao atendimento a este público específico.

Para isso, nos debruçamos inicialmente na pauta de discussão das Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social para conhecer como as políticas públicas trazem em suas diretrizes a municipalização, descentralização e atendimento no território.

A escolha do tema foi decorrente da minha atuação profissional nos serviços de assistência social e saúde, e da participação na luta pela democratização e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, quando tivemos a oportunidade de conviver mais de perto com as questões relacionadas à atenção a estes dois segmentos comprometidos com o uso abusivo de drogas. Participamos ativamente de encontros, seminários e cursos de capacitação relativos ao enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, o que nos possibilitou perceber que questões relacionadas às drogas estavam presentes no cotidiano das vítimas de violência sexual, principalmente daquelas que haviam sido exploradas sexualmente, e por constatar a importância da atuação das políticas públicas no que se refere à intervenção e prevenção sobre o uso de drogas, o que torna obrigatória a existência de um sistema de atenção que garanta o atendimento e a articulação entre as diferentes políticas sociais públicas.

O mestrado trouxe a possibilidade de desenvolver um estudo mais profundo e sistematizado sobre essa temática relevante e recente, se considerarmos que trata-se de uma luta que teve seu ápice com a promulgação da Constituição Federal de 1988, adicionada à aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, marcos do avanço em relação à atenção dispensada à criança e ao adolescente

nas políticas públicas, fundamentalmente no que se refere à saúde e assistência social.

Vale esclarecer que, inicialmente, a nossa pretensão era a de analisar os atendimentos realizados pelos serviços que diretamente dispensados aos adolescentes com uso abusivo de drogas no CAPSI – Centro de Atenção Psicossocial Infantil e no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS, mas, em virtude de dificuldades relacionadas ao tempo hábil para encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética, optamos por realizar a pesquisa nos documentos oficiais dos serviços de saúde, assistência social, educação e segurança pública, e também nos Planos Municipais da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial e da Criança e do Adolescente, por serem instrumentos normalizadores das políticas públicas para a população infanto-juvenil no município de Várzea Grande-MT e, portanto, de acesso público.

Mesmo com os avanços da legislação, os quais garantiram os direitos da população infanto-juvenil, até o ano de 2000 não existia uma Política de Saúde Mental voltada à criança e ao adolescente. O que pode ser apontado era a existência de uma grande dificuldade em atender este segmento da população. A mudança do paradigma da proteção irregular para proteção integral não ocorreu de forma tranquila, mas foi marcada por inquietações e exigências em relação ao modo de atuar profissionalmente os mesmos e suas famílias.

O estudo foi realizado com base em três categorias de análise, a saber, adolescência, uso abusivo de drogas e políticas públicas.

A adolescência, assim como a infância hoje, é compreendida como uma categoria histórica, tendo vários significados e não podem ser entendidos apenas como uma fase de transição da infância para a vida adulta. No Brasil, seguimos duas definições legais para esta fase: os serviços de saúde definem o atendimento de acordo com Organização Mundial de Saúde à faixa etária de 10 a 19 anos, dividida em 3 fases: Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos; Adolescência – dos 15 aos 19 anos completos; e Juventude – dos 15 aos 24 anos. Outras Políticas Públicas, como a assistência social, seguem o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990): “Art. 2º - *Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze*

anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”, daí a complexidade de se estudar a adolescência, pois as definições cronológicas e jurídicas não são suficientes para entender esta fase da vida do ser humano.

O uso abusivo de álcool e drogas está presente no cotidiano da vida dos brasileiros, sempre justificando o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do vinho escuro ao claro, pois a bebida está bem entranhada na cultura brasileira, uma vez que o ato de beber faz parte da nossa maneira de ser social. Sendo assim, cada grupo ou cada pessoa tem condição de responder a determinados estímulos produzidos pelo meio em que vive, ou até mesmo meios externos a ela. Nessa medida, podemos dizer que em determinados eventos culturais o uso do álcool é normalmente aceito, como, exemplo, o licor, na festa de São João, o vinho, no Natal, a cerveja, no carnaval, e assim por diante, não que sejam exclusivos, são os mais representativos de cada festa. A cachaça é uma bebida forte e íntima da população, tendo em vista seu baixo custo. Com pouco dinheiro pode-se beber o suficiente para perturbar a si e aos demais que estiverem à sua volta. É a forma social e individual de beber que está em jogo, quando se fala em consumo de álcool, já que há uma larga disposição social para consumi-lo nas suas formas das mais diversas – destiladas ou fermentadas, fortes ou fracas. Todo este contexto facilita o acesso de adolescentes ao álcool e a outras drogas, e o consumo vem amentando, uma vez que, em 2001, o percentual da faixa etária de 12 a 17 anos era de 5,0%, e em 2005 passou para 7,0%, conforme os dados apresentado do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, datado de 2005. Precisamos de uma estratégia para prevenir e intervir nesse problema, sendo as Políticas Públicas, com efetividade, eficácia e eficiência, um dos mecanismos de que a sociedade e Poder Público podem se utilizar para enfrentar a problemática.

As políticas públicas têm como principal característica concretizar direitos sociais. Devemos saber que pensar em políticas sociais no capitalismo implica em reconhecer que as mesmas fazem parte de um processo contraditório, marcado pelas lutas de classe e por interesses antagônicos. São definidas como um conjunto de diretrizes estabelecidas por lei, tendo a função de orientar e organizar a aplicação dos recursos públicos, em resposta às demandas da sociedade em geral. No Brasil

caracterizado como um país democrático, a mobilização social é muito importante para a efetivação das políticas públicas, porque o Poder Público é responsável pela sua elaboração, e a sociedade civil, representada nos Conselhos de Direitos, instâncias de deliberação a quem cabe colocar em pauta as necessidades sociais, buscando soluções para as demandas apresentadas e à qualidade de atendimento pelos serviços.

Para Pereira (2009b, 92) “[...] a política social é uma espécie do gênero política pública”, ou seja, é uma estratégia de intervenção. Em relação aos direitos, as políticas sociais têm a finalidade de atender as necessidades sociais, possibilitando aos cidadãos o acesso aos serviços e recursos necessários para melhoria da sua qualidade de vida. De acordo com o mesmo autor, a política pública:

Visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis. Ou melhor, os direitos sociais declarados e garantidos nas leis são, de regra, conquistas da sociedade e só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços. (PEREIRA, 2009b, p. 95).

O presente estudo está dividido em três capítulos.

No capítulo I tratamos dos avanços da Referência Legal para a população infanto-juvenil após a promulgação da Constituição Federal (1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), do Sistema Único de Saúde (1990) e da Lei Orgânica da Assistência Social (1993).

No capítulo II discorreremos sobre a atenção ao adolescente com uso de drogas nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, buscando focar como as drogas apareceram na vida dos adolescentes, e como a Política Pública de Saúde foi implementada através da Política de Saúde Mental, e da Política de Assistência Social, destacando a atuação do CRAS e CREAS no atendimento aos adolescentes com uso abusivo de drogas.

No capítulo III traçamos um breve panorama sobre o município de Várzea Grande-MT, que é o universo onde realizamos o estudo e nos detivemos na Rede

de Atenção à criança e ao adolescente, e nos Planos Municipais que normatizam o atendimento a este segmento com uso abusivo de drogas.

1 CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO E REFERÊNCIA LEGAL

A palavra “adolescência” tem sua origem no latim, *ad=para* e *olescere=crescer*. Portanto, adolescência significa “crescer para”. A partir do significado da palavra, iniciaremos a compreensão desta fase da vida da população adolescente. Conforme Ariès (1986, p. 40): “Até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse à incompetência ou à falta de habilidade. E mais provável que não houvesse lugar para a infância nesse mundo”. Assim, por muitos séculos a criança foi invisível na sociedade, e a fase da vida que hoje denominamos de adolescência nem era reconhecida enquanto tal. Não se falava em adolescentes, e sim em adultos jovens, pois na Idade Média não havia ficção de idade certa para se iniciar no mundo do trabalho. As crianças, quando adquiriam autonomia motora, tinham como espaços de brincadeira as oficinas de trabalho ao lado de seus pais, realizando tarefas laborais, aprendendo o ofício que era naturalmente repassado de pai para filho.

Naquele período, não havia um espaço denominado de escola, existindo apenas salas para estudo, forma livre onde qualquer pessoa que quisesse aprender a ler e escrever, independente de idade, podia frequentar este espaço de aprendizagem. Considerando assim, a fase da infância era curta, e a adolescência não reconhecida enquanto tal. Não havia distinção de classe social, o convívio entre as pessoas era normal naquela sociedade, porém, as meninas não participavam destas salas, visto que sua educação era realizada em casa, pelos pais ou responsáveis, sendo comum os(as) filhos(as) serem enviados à casa de amigos para aprender um ofício e ser tornar um adulto. As meninas eram trocadas entre as famílias, com o intuito de aprenderem a ser donas de casa, o que ocorria a partir dos 13 anos de idade e só finalizava com o casamento.

Entre o século XV e, teve início da cobrança da sociedade em relação ao cuidado com a criança, ocasião em que os pais começaram a desenvolver uma afetividade fraterna. Aos poucos, as crianças passaram a ter o direito de conviver mais proximamente com seus pais ou responsáveis. Com a mudança do modelo de escola nos séculos seguintes, a educação das crianças foi alterada, se tornando

mais rígida e focada na educação moral e bons costumes, com a finalidade de que eles se tornassem bons trabalhadores.

No início do século XX assiste-se à escola contribuindo para mudança da educação para as crianças, ressaltando a importância de seu desenvolvimento enquanto ser humano, e também a Organização Mundial de Saúde – OMS, fundada em 1948, a qual introduziu o conceito de infância, caracterizada desde o período do seu nascimento até a adolescência, sendo que a adolescência é determinada enquanto período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizada pelo desenvolvimento físico, psicológico, sexual, emocional e social, ocorrendo mudanças corporais, finalizadas quando a pessoa tem seu crescimento consolidado, e sua independência econômica obtida, de forma progressiva, passando a se integrar em um grupo social.

Por isso, sempre que falamos em adolescência, a primeira definição ou pensamento que nos vem à mente é sua associação com instabilidade, dificuldade e até mesmo relacionado a problema.

Com a chegada da modernidade, mudanças foram ocorrendo, principalmente no mundo do trabalho, havendo a necessidades das pessoas se especializarem, o que ensejou o nascimento de uma escola caracterizada enquanto espaço de preparação profissional, o que contribuiu para que a educação fosse formalizada e o resultado redundasse na progressiva separação das formas de vida das crianças e dos adultos. Semelhante mudança veio evidenciar a separação do fim da infância e o início da vida adulta. No início do XX, a puberdade, fenômeno natural da espécie humana, ajudou a confirmar as características de uma das fases mais importantes da vida do ser humano, a adolescência, que, segundo Evelyn Eisenstein (2005, p. 2):

Puberdade é o fenômeno biológico que se refere às mudanças morfológicas e fisiológicas (forma, tamanho e função) resultantes da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal. Estas mudanças corporais conhecidas como os fenômenos da pubarca ou adrenaarca e gonadaarca são parte de um processo contínuo e dinâmico que se inicia durante a vida fetal e termina com o completo crescimento e fusão total das epífises ósseas, com o desenvolvimento das características sexuais secundárias, com a completa maturação da mulher e do homem e de sua capacidade de fecundação, através de ovulação e

espermatogênese, respectivamente, garantindo a perpetuação da espécie humana.

As mudanças físicas no adolescente ocorrem como o surgimento de pelos no rosto, nas axilas, e na região pubiana, também em alterações em diferentes partes do corpo, como as mãos, o nariz, as orelhas, assim como nos pés, que crescem de modo desproporcional. Alguns adolescentes começam a ter sensações e reações sexuais, sendo muitas delas involuntárias, ao ponto de alguns não conseguirem controlá-las, evento que acaba influenciando no seu desenvolvimento psicológico, afetando diretamente a construção de sua identidade de adolescente na área social, cultural e sexual.

Com todas essas mudanças físicas, psicológicas e emocionais, a adolescência se apresenta como umas das etapas de maior complexidade na existência humana, devido às intensas modificações e transformações ocorridas, não apenas no corpo, como a puberdade, mais também nas relações dos adolescentes com o mundo. Nos dias atuais, está muito bem delimitado que a adolescência é a passagem ou transição da fase da infância para fase adulta: “O adolescente vê-se, então, dividido entre o desejo de conservar o mundo confortável da sua infância e a necessidade imperiosa de adquirir sua autonomia” (BUCHER, 1988, p. 25).

Outro aspecto que interferiu na construção da figura do adolescente foi a globalização e a evolução da tecnologia. Com a evolução da última no século XIX, ocorreu uma divisão clara entre as classes burguesa e proletária, uma consequência da Revolução Industrial, ocasião em que muitas mulheres ingressaram no mercado de trabalho, deixando de se dedicar somente à família, espaços no qual já estavam inseridos no mercado de trabalho muitos integrantes da família proletária, incluindo as crianças. Naquele momento, a sociedade criou instituições destinadas às crianças, como escolas, que tinham a finalidade de educar e disciplinar moralmente. Em vários países o ensino se tornou obrigatório, inicialmente na formação inicial, de 7 a 12 anos, e mais tarde foram incluídas as mais velhas, as quais passaram a conviver no espaço da escola, formando grupos relativamente homogêneos, através da identificação das roupas, linguagem, atitudes e comportamentos, marcando a fase da vida que distinguia do adulto, o que resultou em certo distanciamento do convívio familiar. No final do século XX e no início do século XXI, aconteceu a

revolução da informática, ocasião em que o computador passou a ser o centro do comando da globalização. Com isso, as pessoas mudam seus estilos de vida, tendo que se adaptar a uma vivência mais dinâmica. No mundo tecnológico, o adolescente ganhou espaço novos e acesso às ferramentas que permitiram várias manifestações típicas desta fase da vida, como a participação em grupos sociais, ampliação de amizades, contato com várias informações que interferiram na construção da sua identidade. Este contato com a tecnologia foi acompanhado de um grande fascínio, porque eles acabam tendo um desempenho muito melhor que as pessoas adultas, visto controlar os mecanismos de seu acesso.

Além das transformações que marcaram essa fase complexa da vida humana, ainda surgiram as drogas, recorrentes no cotidiano de alguns adolescentes, que, muitas vezes, vão utiliza-las como uma forma de autoafirmação, possibilitando e permitindo que o mesmo seja aceito em determinado grupo social, o que lhe proporciona o estabelecimento de vínculos afetivos e sociais. Isso acontece ao mesmo tempo em que estão à procura de novas ideias e relações, até mesmo buscando melhorar a autoestima, momento em que pode acontecer a ruptura familiar, pois os adolescentes vão em busca de grupos que se diferenciem do grupo originário familiar.

Hoje, crianças e adolescentes constituem o foco das políticas públicas, mesmo com todo avanço na legislação na área da saúde e assistência e atenção a este público ainda é muito recente, como veremos no próximo item.

1.1 REFERÊNCIA LEGAL: A LEGISLAÇÃO NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INFANTO JUVENIL

Nesse espaço serão contextualizadas quatro referências legais (Constituição Federal/1988, Estatuto da Criança e do Adolescente/1990, Lei Orgânica da Assistência Social/1993 e o Sistema Único da Saúde/1990) que, fundamentalmente, trouxeram um novo paradigma de atenção à infância e adolescência, com enfoque na articulação e mobilização social no Brasil, enquanto nova forma de gestão das políticas públicas destinadas à população infanto juvenil, contrapondo-se aos

Códigos de Menores, de 1927 e 1979, rompendo com a doutrina da situação irregular, e garantindo cidadania às crianças e adolescentes, que passaram a ser considerados sujeitos de direitos e pessoas em desenvolvimento.

1.1.1 Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 foi um importante marco na redemocratização do Brasil, após um longo período de ditadura militar marcada pela suspensão, pelos governos autoritários, dos direitos sociais, políticos, econômicos e culturais. Em meados dos anos de 1970, o Brasil passava por mudanças, necessitando da elaboração de um novo projeto político democrático que pudesse se contrapor ao governo repressivo e assistencialista, pois o regime autoritário vinha sofrendo desgaste com a mobilização da sociedade civil, que reivindicava eleições diretas, liberdade de imprensa, anistia política, fim do arrocho salarial, assim como lutava por um novo modelo de sindicalismo. Os militantes dos partidos políticos também incorporaram em sua pauta a defesa dos direitos sociais, direitos das crianças e dos adolescentes, ajudando a reforçar a mobilização social na época. A participação da sociedade no movimento das Diretas Já refletiu na Assembleia Constituinte. A Constituição Federal de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã”, trouxe diversas bandeiras de luta nas áreas da infância, assistência social, educação e saúde.

A elaboração do texto constitucional foi debatido por 558 constituintes, durante 20 meses, com a participação da sociedade civil, que realizava mobilizações, colhendo assinaturas para inclusão de determinados artigos referente aos direitos das crianças e dos adolescentes:

- Art. 227 e 228 que tratam dos direitos de criança e adolescente, posteriormente, regulamentados pela Lei. 8069/70 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que alterou a doutrina da proteção irregular passando para doutrina da proteção integral, sendo que crianças e adolescentes passam a ser prioridade absoluta em todas as políticas públicas;
- ✓ Art.194 - estabelece que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade,

destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil,1988);

- ✓ Art.204 – estabelece as ações governamentais na área da assistência social, a Lei. 8.742/93 regulamentou este artigo. Esta lei trouxe uma nova concepção de assistência social, ganhando o status de política pública, tendo como foco a família, o território e a regionalização dos serviços;
- ✓ Art.200 – que define as atribuições da saúde, criando o Sistema Único da Saúde, a Lei.8080/90 regulamentou este artigo. A saúde passou a ser parte da seguridade social, universal, integral, municipalizada e regionalizada.

Esta constituição também inovou no campo dos direitos sociais, visto que o Capítulo II contém doze direitos sociais: direito ao transporte, lazer, à assistência social, previdência social e proteção à maternidade e infância.

1.1.2 Estatuto da Criança e do Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA veio romper com a doutrina da proteção irregular, pautada ainda na lógica do Código de Menores, como exemplo: no caso da família, não ter condições de prover o sustento de seus filhos, o Estado assumia a função de proteção e cuidado deles. Porém, as crianças e adolescentes não eram considerados órfãos e nem tinham sido abandonados, apenas suas famílias eram muito carentes, ou vulneráveis. Nesse caso, elas acabavam muitas vezes, por determinação do Juiz de Menores, a morar em internatos. O ECA inovou, pois trouxe a doutrina da proteção integral: que se constitui no novo ordenamento jurídico brasileiro, que no artigo 227 da Constituição Federal que declarou ser dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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.

A Lei 8.069/90, denominada de ECA, além de regulamentar o art.227 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu os direitos fundamentais de criança e do adolescente, bem como normatizou as diretrizes da Convenção sobre seus direitos (1989), aprovada pela Assembleia Geral da Nações Unidas. A referida Convenção foi aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto 99.710, de 14/09/1990, promulgado através do Decreto Presidencial 99.710 de 21/11/1990.

A partir deste marco legal, crianças e os adolescentes deixam de ser considerados menores e/ou incapazes, passando a serem pessoas em desenvolvimento, sujeitos de direitos e protagonistas, ficando definido, no Art.2º do ECA a faixa etária abarcada por eles: “[...] criança na faixa etária de 0 a 12 anos e adolescente da faixa etária de 12 a 18 anos” (BRASIL, 1990).

Esta ruptura com Código de Menores aconteceu graças à forte e intensa mobilização popular, que teve início no final da década de 1970, quando a sociedade brasileira se expressou através de manifestações de massa rejeitando a ditadura militar e reivindicando a democratização do país, através de eleições diretas em todos os níveis de governo.

Na defesa dos direitos de criança e adolescente, foram surgindo novos atores, sendo alguns vinculados à Pastoral do Menor, que atuavam diretamente nas ruas, realizando trabalho baseado na educação popular, buscando a construção de vínculos entre educador e as crianças e adolescentes em situação de rua. Esse movimento foi ganhando resistência e se fortalecendo em âmbito nacional, nos anos de 1980, o que possibilitou a elaboração de uma nova metodologia de ação, que culminou em pequenos projetos desenvolvidos pelas organizações não governamentais, que foram se ampliando e sendo posteriormente absorvidas pelo Estado.

Foi por este mecanismo que surgiu, em 1985, o Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua (MNMMR). Mato Grosso teve seu Núcleo organizado e composto por Educadores que, no período, realizaram várias denúncias de extermínio de adolescentes. A partir da atuação nacional do MNMMR foi constituído o Fórum Nacional Permanente de Entidades Não Governamentais – Fórum DCA (1988), com a participação de diversas organizações e forças políticas, os quais mobilizaram organizações nacionais e internacionais em defesa da criança e do adolescente.

Exemplo disso foi o I Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, ocorrido em Brasília, com a participação de 500 crianças e adolescentes de todo país (CECRIA, 2000). Este processo de organização possibilitou aos meninos e meninas a conquista da voz e vez na luta seus pelos direitos.

Vale ressaltar que todo esse movimento surgiu quando a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, que utilizava métodos repressivos e assistencialistas, passou por um processo de falência, em decorrência, dentre outros fatores, das denúncias de maus tratos, violência, adicionados às péssimas condições de atendimento dentro das unidades da FEBEM.

A questão da infância e adolescência, colocada na agenda nacional, ganhou adesão da sociedade civil e de vários setores do governo, propiciando o surgimento de movimentos, como a Frente Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, composta por dirigentes municipais; a Campanha Nacional “Diga Não à Violência”, criada pelo Governo Federal e UNICEF; o FONACRIAD, formado por dirigentes e profissionais dos órgãos executores da FEBEMs, e a Associação Nacional dos Centros de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – ANCED. Um movimento que mobilizou a sociedade civil e a área política foram as Campanhas “Criança Constituinte” e “Criança – Prioridade Absoluta”, que contou com o apoio do Plenário Pro-participação Popular na Constituinte, UNICEF e Conselho Nacional de Propaganda, resultando em uma grande mobilização nacional através dos meios de comunicação, bem como provocando a realização de debates em reunião, seminários, encontros e assembleias promovidas pelas organizações de áreas afins.

Os debates se destacaram pelo embate que ocorriam entre os setores conservadores, conhecidos como “menoristas”, que defendiam a manutenção da doutrina da proteção irregular, e os “estatutários”, os quais defendiam o Estatuto da Criança e do Adolescente, ou seja, a doutrina da proteção integral.

Essa mobilização nacional resultou na inclusão, na Constituição Federal de 1988, dos Arts. 227 e 228 (BRASIL, 1988, p.176):

Art. 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.

Art. 228: São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.

Estes dois artigos não eram suficientes para contemplar todas as pautas de reivindicação necessárias para garantir os direitos da criança e do adolescente, havendo a necessidade de regulamentação de lei específica, portanto o MNMMR continuou sua luta pela garantia dos direitos, em parceria com organismos internacionais e organizações nacionais. No ano de 1989 foi realizado o II Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, em Brasília, cujo lema era “*Vamos garantir nossos direitos – criança prioridade nacional*” (MNMMR, 1995). Este encontro teve a participação de mais de mil crianças e adolescentes de todo país, e uma das atividades foi o ato simbólico dos participantes que ocuparam o plenário da Câmara dos Deputados e fazerem uma votação simbólica do ECA, fato marcante do protagonismo juvenil.

A partir daquele momento, o Fórum Nacional DCA assumiu a liderança para aprovação do Projeto Lei do ECA, em conjunto com Ministério Público, Juizado e setores do governo, formando uma Comissão de Redação, composta por diversos especialistas das áreas afins. Após várias audiências públicas, que contou com a participação da sociedade civil, a qual fez sugestões ao texto e discutiu os artigos do projeto de lei.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou o Projeto de Lei do ECA, e em 13 de julho de 1990 o Presidente da República sancionou a Lei 8.069/90, inaugurando no novo panorama do país, garantindo que crianças e adolescentes teriam prioridade absoluta, pessoas em desenvolvimento e sujeitos de direitos.

O ECA possui dois livros, sendo que o Livro I contém a proteção dos direitos fundamentais, e o Livro II os órgãos e procedimentos protetivos, oferecendo um novo paradigma a um órgão autônomo e permanente, o Conselho Tutelar, com a responsabilidade de zelar por tais direitos, e quando houvesse necessidade, realizar a aplicação de medidas de proteção. No campo da política pública temos os Conselhos Municipais, Estaduais Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, órgão paritário (sociedade civil e governo), de caráter deliberativo e

responsável pela Política de Proteção e Promoção dos Direitos da Infância e Juventude, com envolvimento de todas as Políticas Públicas.

1.1.3. Lei Orgânica da Assistência Social

Em 1985, o Brasil passou por um processo de transição democrática, com o aumento da participação popular, que suscitou a busca de novas práticas na área da assistência social, conforme a conjuntura daquele momento exigia. Era necessário que as ações tivessem maior agilidade e efetividade. Tudo teve início com a discussão sobre a formulação da Política Pública de Assistência Social, no interior da Constituição Federal, capaz de incluir os direitos sociais, ou seja, direito a uma seguridade social capaz de garantir saúde, assistência social e previdência social. A discussão ganhou força a partir da luta de grupos e movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos, trabalhadores da área, profissionais liberais, alguns segmentos da igreja, intelectuais e organizações governamentais e não governamentais, culminando na proposta da Lei Orgânica da Assistência Social e da Política de Assistência Social.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi o marco legal na definição da nova assistência social, a qual caracterizou a seguridade social:

Art. 194: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 1998, p. 151).

A Lei Orgânica da Assistência Social foi aprovada em 1993, introduzindo uma nova concepção de assistência social colocada no patamar de política pública, com

diretrizes voltadas ao atendimento de pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade social, contendo no Capítulo I seus objetivos e definições, de acordo com a Art. 194 da Constituição Federal, com priorização da proteção à família, à infância, à adolescência e à velhice, à habilitação e reabilitação da pessoa portadora de deficiência.

A Política Nacional de Assistência Social, aprovada em 2004, e a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social/SUAS, em 2005, trouxeram como premissa o atendimento a todos os cidadãos em seus direitos básicos de seguridade social e em um contexto sociofamiliar, tendo como principais serviços a Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, realizados nos CRAS – Centro de Referência da Assistência Social e nos CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

Em 2011 foi aprovada a Lei 12.435/2011, que dispôs sobre a organização da Assistência social que reafirmou a proteção à infância e adolescência, em seu Art. 2º:

A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes. (BRASIL, 2011, p.01)

No art. 6ºC dispôs a forma de proteção social básica e especial a ser ofertada através dos CRAS – Centro de Referência da Assistência Social e CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social:

6ºC-As proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social de que trata o art. 3º desta Lei.

§ 1º O Cras é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

§ 2º O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial.

§ 3º Os Cras e os Creas são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do Suas, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social. (BRASIL, 2011, p. 2)

O CRAS possui três serviços socioassistenciais, sendo que dois são vocacionados para atender crianças, adolescentes e suas famílias no território: o Serviço de Proteção e Atenção à Família e Serviço de Fortalecimento de Vínculos, com o desafio de atender pessoas em situação de vulnerabilidade social, evitando o rompimento de vínculos familiares e comunitários.

O CREAS possui o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Indivíduos e Famílias - PAEFI, que consiste no atendimento às famílias e aos indivíduos em situação de risco pessoal e social, em decorrência de maus-tratos, abandono, violência sexual, uso de álcool e outras drogas e trabalho infantil, de acordo com a Resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009, p. 18). Este constitui um parceiro importante dos serviços de saúde, sendo fundamental para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

Podemos destacar outros serviços nesta política pública, como CENTRO POP, que tem por finalidade atender pessoas em situação de rua; os serviços de acolhimento institucional de curta, média e longa duração destinados a crianças e adolescentes vítimas de violência, conforme Art.101 do ECA, valendo destacar que somente será utilizado esta medida de proteção em caráter provisório e excepcional.

1.1.4 Sistema Único da Saúde

A Constituição federal de 1988 garantiu a democratização da saúde, como direito universal garantido pelo Estado brasileiro. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) traz o novo modelo de assistência à saúde: Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios se assentam na universalização, equidade e integridade, descentralizado e com participação popular. O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados em todo território nacional por organizações públicas de âmbito federal, estadual e municipal, sejam elas da administração direta ou indireta, e também por fundações financiadas com recursos públicos.

Com a implantação deste novo sistema, a saúde deixou de ser entendida como a ausência de doenças, razão pela qual o conceito ganhou amplitude, quando foram adicionados outros elementos condicionantes, não só a ausência de doenças:

- Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc);
- Meio sócio-econômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos etc);
- Garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990, p. 3)

O SUS está sob a responsabilidade das três instâncias de governo e devendo atuar em conjunto, visando a construção de políticas setoriais e intersetoriais, garantindo à população o acesso universal e igualitário à saúde.

O sistema tem a finalidade de promover e proteger a saúde de toda população e de forma contínua, com qualidade e equitativamente. Para isso, é regida pelos seguintes princípios:

- ✓ Universalidade - É a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão.
- ✓ EQUIDADE – É assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras.
- ✓ INTEGRALIDADE - É o reconhecimento, na prática, dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade.
- ✓ REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.
- ✓ RESOLUBILIDADE - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até ao nível da sua competência.
- ✓ DESCENTRALIZAÇÃO - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo

municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob a responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Houve uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

- ✓ PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

A Lei 8.142/90 complementou a Lei 8.080/90, incluindo os aspectos do controle social e a descentralização de financiamentos, assegurando o repasse regular e automático dos recursos financeiros para estado e municípios, estes itens estavam na lei anterior, porém foram vetados pelo presidente Fernando Collor de Melo (MULLER NETO, 2010, p. 176).

Com a implantação do SUS – Sistema Único da Saúde todo cidadão brasileiro passou a acessar os serviços de saúde de forma integral e gratuita, sendo considerado um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo, passando a beneficiar 180 milhões de pessoas. Segundo dados do Ministério da Saúde, “[...] somente em 2014 o sistema contabilizou 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5 milhões de internações. No ano passado, o total de recursos investidos em ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 92,2 bilhões e este ano será R\$ 98,4 bilhões. Os valores financiam programas, como Saúde da Família, que hoje atinge a 112 milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%). A extensão territorial e a diversidade racial e sociocultural da população brasileira são fatores que dão a dimensão do Sistema Único de Saúde. O público alvo do SUS perfaz mais de 200 milhões de brasileiros, que fazem uso da rede em todos os níveis: quando se vacina no posto de saúde, quando solicita atendimento do SAMU, ou mesmo o de alto custo, como tratamento para o câncer. No ano passado, por exemplo, foram realizados 19 milhões de procedimentos oncológicos – sendo 3,1 milhões de quimioterapias (Brasil, 2017).

Porém, os desafios ainda são muitos, faltando melhorar a administração e gestão do sistema, o financiamento com poucos recursos destinados, o que gera o subfinanciamento, necessidade de ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS). Como exemplo, o município de Várzea Grande-MT possui 256 mil habitantes, e a cobertura é de 42% da atenção básica, através do PSF.

A existência destes desafios no SUS, de acordo com Paim 2012, são consequências das políticas econômicas e sociais pós-88, que foram implementadas pelos governos e tiveram um direcionamento diferente da Reforma Sanitária Brasileira, pois foram inspiradas no neoliberalismo. O Partido do Social Democracia Brasileiro (PSDB), nos oito anos de mandato, esteve longe de se comprometer e implementar a verdadeira Reforma Sanitária de caráter social-democrata. O mesmo ocorreu com o Partido dos Trabalhadores (PT), entre 2003 a 2010, pois não foi assegurada a estabilidade do financiamento de Saúde, nem investiu na elaboração da consciência sanitária.

A política de saúde junto com a assistência social e previdência social compõem o tripé da seguridade social, sendo um direito de todos. Em relação à população infanto-juvenil, o atendimento realizado pelo SUS é consonante com ECA:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990).

Nos itens a seguir, descreveremos os programas e serviços do SUS destinados à população infanto-juvenil no Brasil, os quais passaram por várias mudanças e implementações até o momento atual.

a) Saúde materno-infantil

Na década de 1970 e 1980, os programas de saúde eram de caráter vertical, ou seja, suas metas e normas eram decididas no âmbito federal, contendo critérios técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata da administração. O atendimento era realizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social – INAMPS, modelo médico assistencial, com ações curativas e apenas para os trabalhadores (as) com carteira de trabalho registrada.

A Divisão Nacional Materno Infantil, em 1983, elaborou o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC, com objetivo de reduzir a morbimortalidade e incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública no país. As ações propostas pelo programa foram: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária.

Nos anos 1990, a Política Pública de Saúde retomou a valorização do tema família, com a criação do Programa de Saúde da Família – PSF, em 1994, enquanto uma tentativa do Ministério da Saúde de reorganizar a atenção básica de saúde, de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. O Brasil em 1996 adotou a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), de acordo com proposição da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, que teve como objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e também distúrbios nutricionais; e a garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, gerando o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (BRASIL, 2004).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, contendo medidas que integravam as recomendações da AIDPI. As normas estabelecidas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram sendo incorporadas nas atividades do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e PSF.

O Ministério da Saúde lançou em 2004 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, e dentre as ações prioritárias estavam o cuidado integral e multiprofissional, que responde pela

compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar assistência à saúde qualificada e humanizada.

As linhas de cuidado materno infantil que compõem o documento são:

1. Ações da Saúde da Mulher: Atenção Humanizada e Qualificada;
2. Atenção humanizada e qualificada à Gestante e ao Recém-nascido;
3. Triage Neonatal: Teste do Pezinho;
4. Incentivo ao Aleitamento Materno – estímulo nas Unidades Básicas de Saúde: pré-natal; estímulo na sala de parto e maternidades; proteção legal ao aleitamento e mobilização social; banco de leite humano;
5. Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
6. Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil;
7. Combate à desnutrição e anemias carenciais;
8. Imunização;
9. Atenção às doenças prevalentes: diarreias, sífilis e rubéola congênita, tétano neonatal, HIV/AIDS e doenças respiratórias/alergias;
10. Atenção à Saúde Bucal;
11. Atenção à Saúde Mental;
12. Prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil;
13. Atenção à criança portadora de deficiência. (BRASIL, 2004, p. 17).

b) Saúde do adolescente

O Ministério da Saúde define a adolescência de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), dos 10 anos aos 19 anos de idade, traçando seus programas conforme esta faixa etária, e não como o definido no ECA (1990): “Art. 2º

Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, **e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade**¹.

Os programas e serviços destinados ao atendimento de adolescentes apareceram no contexto da saúde muito recentemente, sendo que as primeiras propostas especificamente a esta população somente apareceram no Brasil na década de 70, quando a Universidade de São Paulo, através do Departamento da Pediatria da Faculdade de Medicina, iniciou o atendimento das adolescentes gestantes em separado das gestantes adultas.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi instituído o Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, pelo Ministério da Saúde, em 1989, devendo ser atendidos adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos completos. Considerando o quadro epidemiológico nacional, as áreas prioritárias foram: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes, as ações eram desenvolvidas em todos os níveis de atenção por equipes multidisciplinares de saúde, havendo ênfase nas ações educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde.

Em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que trouxe a doutrina da proteção integral, com prioridade absoluta na atenção integral à criança e adolescente, reafirmou o direito à vida e à saúde “[...] mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (ECA, art. 7º).

No ano de 1993, as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente foram lançadas com a finalidade de orientar as equipes de como fazer a atenção ao adolescente, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Em Portugal, no ano de 1998, aconteceu a Reunião dos Ministros da Juventude, tendo o Brasil presente, com a participação do Secretário dos Direitos Humanos e representantes do Ministério da Saúde. Este grupo retornou com um novo olhar sobre a vulnerabilidade da população jovem, principalmente da faixa etária entre 15 e 24 anos, fazendo com que o MS ampliasse a especificidade no

¹ Grifo do autor.

atendimento em saúde que, em 1999, passou a atender a faixa de 10 a 24 anos, elaborando uma Agenda Nacional sobre a Saúde dos adolescentes e jovens e que contém os principais agravos à saúde com base nos dados epidemiológicos da época.

Nos anos seguintes, a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens ganhou ênfase, culminando na discussão, em 2005, da criação da Secretaria Nacional da Juventude e Conselho Nacional de Juventude, espaço de articulação, o Ministério da Saúde, sendo usado como um dos mecanismos de identificação e articulação das ações destinadas ao atendimento das necessidades mais prioritárias da população jovem brasileira. Nesta conjuntura, o Ministério da Saúde continuou as discussões, evoluindo para a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, capaz de dar resposta às necessidades de saúde e anseios deste segmento populacional. A Política Nacional passou por consulta pública, sendo sua elaboração finalizada em 2005. No ano seguinte, 2006, tiveram início a pactuação e discussão junto aos gestores estaduais e municipais da área de saúde, somente após esta ação, a política foi aprovada. Toda essa discussão possibilitou uma ampla revisão do arcabouço normativo, principalmente nos princípios da descentralização e municipalização dos serviços de saúde. Esta revisão possibilitou que o processo de descentralização fizesse o SUS se aproximar mais da realidade social, política e administrativa do Brasil, de acordo com as especificidades de cada região e localidade, o que tornou mais complexa a atuação dos gestores, tendo a frente o desafio de superar os programas e serviços fragmentados, buscando organizar-se em rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, bem como qualificar a gestão.

Atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza um “Guia para profissionais de saúde (um para menina e outro para o menino), contendo: **“Orientações para o Atendimento à Saúde de Adolescentes”**, com orientações sobre o atendimento como um todo e seus pontos principais. **“Antropometria na Atenção à Saúde de Adolescentes”**, para avaliação do crescimento e desenvolvimento de adolescentes com os gráficos para acompanhamento. **“Estágios de Maturação Sexual – Pranchas de Tanner”**, para avaliação do desenvolvimento puberal (BRASIL, 2014).

Apesar de todas as referências legais sobre infância e adolescência implantadas a partir da Constituição Federal de 1988, que colocaram criança e o

adolescente como prioridade absoluta e sujeitos de direitos, a atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas somente entrou na pauta nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social a partir do ano de 2000. É, portanto, uma discussão recente e que necessita de aprimoramento de suas ações.

2 ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO DE DROGAS PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS: SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

O consumo de drogas entre adolescentes não está restrito somente a certo grupo social, pois todos podem ser expostos a fatores de risco, a exemplo dos conflitos familiares, violência doméstica, educação inadequada, desemprego, subempregos dos pais ou responsáveis, violência sexual, uso abusivo de álcool e drogas pelos pais ou responsáveis, exploração do trabalho infantil, falta de saneamento, habitações precárias, falta de opção de lazer que configuram situações que, além de contribuir para que os adolescentes fiquem expostos ao uso de drogas, também os leva a usar a rua como espaço de sociabilidade.

O uso do álcool e de outras drogas vem aumentando na população brasileira, principalmente entre os adolescentes e jovens, conforme é apontado no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, no ano de 2005, e no Relatório Brasileiro sobre Drogas, publicado em 2009². Para o II Levantamento domiciliar foram entrevistados brasileiros entre 12 e 65 anos de idade, em cidades com mais de 200 mil habitantes, tendo por base o censo 2000, totalizando 108 cidades do país. Na Região Centro-Oeste, as cidades pesquisadas foram Campo Grande, Cuiabá, Várzea Grande, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia e Brasília, sendo o total de entrevistados 7.939 pessoas, das quais 3.301 eram homens e 4.638 mulheres.

O resultado demonstra um aumento do consumo de drogas na faixa de etária entre 12 e 17 anos, de ambos os sexos. Também foi feito um comparativo do uso em vida³ e dependência de álcool, tabaco, maconha, cocaína e outras drogas.

² Relatório Brasileiro sobre Drogas, SENAD, 2009, contém o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 e o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005.

³ Significa que fez o uso de drogas pelo menos uma vez na vida.

Tabela 1 - Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo o sexo e a faixa etária nas 108 cidades⁴

Faixa etária (anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
12 a 17	375	11,4	413	8,9	788	9,9
18 a 25	569	17,2	721	15,5	1210	16,2
26 a 34	762	23,1	1025	22,1	1787	22,5
Maior de 35	1592	48,3	2479	53,4	4074	51,3
Total	3301	100,0	4638	100,0	7939	100,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 1 apresenta o número de pessoas pesquisadas, divididas por sexo e faixa etária. Os adolescentes entrevistados totalizaram 788, de ambos os sexos, representando um percentual de 9,9 % do total da amostra desse II Levantamento. Em relação ao adolescente, o relatório trouxe os seguintes destaques: observação de que, na faixa etária de 12 a 17 anos já existem relatos de uso das mais variadas drogas, bem como a facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo. Estes dados enfatizam a necessidade de aprimoramento de programas de prevenção nesta faixa etária, apontando ainda que 7,8% das jovens relataram ter sido abordadas por pessoas querendo vender droga.⁵

⁴ Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

⁵ Idem, p. 24.

Tabela 2 - Prevalência de uso de drogas entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil

DROGA	PREVALÊNCIA DE USO %			
	2001 Na vida	2005		
		Na vida	No ano	No mês
Álcool	68,7	74,6	49,8	38,3
Tabaco	41,1	44,0	19,2	18,4
Maconha	6,9	8,8	2,6	1,9
Solventes	5,8	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	3,3	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,3	4,1	3,8	0,1
Cocaína	2,3	2,9	0,7	0,4
Xaropes (codeína)	2,0	1,9	0,4	0,2
Estimulantes	1,5	3,2	0,7	0,3
Barbitúricos	0,5	0,7	0,2	0,1
Esteroides	0,3	0,9	0,2	0,1
Opiáceos	1,4	1,3	0,5	0,3
Anticolinérgicos	1,1	0,5	0,0	0,0
Alucinógenos	0,6	1,1	0,3	0,2
Crack	0,4	0,7	0,1	0,1
Merla	0,2	0,2	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	19,4	22,8	10,3	4,5

Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas, 2009

Os dados reafirmam o uso de álcool pela população brasileira, considerado uma droga lícita. Historicamente, seu acesso é muito fácil e barato, do que decorre ser consumo aumentado, seguido pelo tabaco e maconha, sendo que a cocaína está em 7º lugar, com 2,3% de uso entre os pesquisados.

Tabela 3 - Álcool – Prevalência de uso e dependência por faixa etária e sexo

Faixa etária e Gênero	Uso da vida %		Dependência %	
	2001	2005	2001	2005
12 a 17 anos	48,3	54,3	5,2	7,0
Masculino	52,2	52,8	6,9	7,3
Feminino	44,7	50,8	3,5	6,0
18 a 24 anos	73,3	78,6	15,5	19,2
Masculino	78,3	83,2	23,7	27,4
Feminino	68,2	72,6	7,4	12,1

Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas, 2009

Esta tabela aponta o uso de álcool pela faixa etária entre 12 e 17 anos de idade, fase da adolescência, indicando a maior prevalência de uso e dependência entre usuários do sexo masculino, porém a dependência de álcool pelo sexo feminino vem aumentando significativamente, visto que, em 2001, seu uso era de 3,5%, passando, em 2005, para 6,0%.

O II Levantamento sobre o uso drogas apresenta o resultado sobre os efeitos do álcool por faixa etária, conforme tabela a seguir:

Tabela 4 - Síntese das prevalências sobre as respostas quanto à presença dos diferentes componentes da dependência (sinais/sintomas) no último ano, atribuídos ao uso de álcool nas 108 cidades do Brasil, com mais de 200 mil habitantes

Problemas atribuídos ao uso de álcool ⁶ (último ano)	Faixas etárias (ano %)				
	12 a 17	18 a 24	24 a 34	≥ 35	Total
1. Gastou grande parte do tempo	2,6	8,0	6,0	5,7	5,8
2. Frequências maiores	4,3	12,9	11,9	7,6	9,1
3. Tolerância	4,2	13,0	8,9	5,4	7,1
4. Riscos físicos	3,5	3,5	9,5	5,5	7,3
5. Problemas pessoais	5,7	12,0	10,5	6,1	7,9
6. Quis parar ou diminuir	7,8	12,1	14,0	18,8	11,4

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Os dados da Tabela 4 nos levam a refletir sobre a complexidade de se discutir adolescência e drogas, porque o que leva um adolescente a consumir drogas não é determinado por um único fator, uma vez que os motivos podem ser vários: desde autoafirmação em determinado grupo social, até a busca pelo prazer. Podem ser

⁶ Problemas decorrentes ao uso de álcool:

1. Gastou grande parte do tempo para conseguir álcool, usar ou se recobrar dos efeitos?
2. Usou quantidades ou frequências maiores do que pretendia?
3. Tolerância (maior quantidade para produzir os mesmos efeitos)?
4. Riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de álcool?
5. Problemas pessoais (familiares, amigos, trabalho, polícia, emocionais)?
6. Quis diminuir ou parar o uso de álcool

elencados diversos fatores, como timidez, insegurança, moda e por fazer parte do grupo, frustrações, situações de violência, até mesmo a curiosidade.

Também não podemos afirmar que todos os adolescentes que fazem uso de drogas são dependentes químicos, pois existem vários tipos de usuários:

- **experimentador:** indivíduo que experimenta a droga levado, geralmente, pela curiosidade, por pressão do grupo e/ou pela busca de novas experiências. Pode também ser aquele que prova droga por uma ou algumas vezes e em seguida perde o interesse em repetir seu uso;
- **usuário recreativo ou ocasional:** utiliza uma ou várias substâncias de maneira esporádica, quando disponíveis ou em ambiente favorável, sem rupturas afetivas, sociais ou profissionais;
- **usuário habitual ou funcional:** indivíduos que fazem uso reiterado, mas, ainda controlado, manifestando indícios de ruptura de comportamento escolar, afetivo, social ou profissional; e
- **dependente ou disfuncional (toxicômano):** indivíduo que estabelece uma relação de exclusividade com a droga, a qual passa a dominar todos os aspectos da vida. Dada a gravidade das rupturas, o indivíduo dependente torna-se um “disfuncional” no ambiente social.

O atendimento ao adolescente com uso de drogas, devido a sua complexidade, requer ação de vários serviços, tanto da saúde como de assistência social, de forma articulada e integrada.

2.1 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DESTINADA AO ADOLESCENTE

A Política de Saúde Mental no Brasil é muito recente, pois foi sancionada pela Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Ocorreram dois movimentos importantes que antecederam sua concretização: a Reforma Psiquiátrica e as Conferências Nacionais de Saúde, que mobilizaram trabalhadores da área, usuários e familiares, na perspectiva de encontrar caminho para traçar um novo modelo de atendimento às pessoas acometidas de sofrimento mental.

2.1.1. Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica teve um papel muito importante na elaboração da Política de Saúde, por discutir o novo modelo de atendimento às pessoas acometidas de sofrimento mental. No Brasil, esse movimento ganhou força nos anos de 1970, juntamente com o movimento sanitário, em conjuntura marcada pelo enfrentamento ao Estado autoritário, defendendo mudança dos modelos de atenção à saúde e gestão descentralizada, com fortes críticas à saúde pública, devido à sua ineficiência, e ao Governo Federal, que realizava a atenção à saúde através de empresas privadas. Ao mesmo tempo, várias denúncias de fraude na forma de financiamento dos serviços foram surgindo, porém o que mais impactou na reforma foi a denúncia de violência, abandono e maus tratos aos pacientes internados nos grandes hospitais psiquiátricos do Brasil. Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável por dar visibilidade às denúncias, adicionado às reivindicações trabalhistas e à humanização no atendimento.

Na luta pela democratização da saúde, o marco principal foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1976, quando profissionais da área denunciaram as condições pecárias de atendimento dos hospitais psiquiátricos, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, no estado do Rio de Janeiro. Naquele mesmo ano aconteceu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatra, ocasião em que os profissionais haviam sido demitidos porque denunciavam semelhante situação, através da divulgação do Manifesto de Camboriú, marco do I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, no ano de 1979. Surgia, assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A movimentação teve enorme repercussão nos anos seguintes, culminando na luta antimanicomial, ficando instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Com isso, o movimento da Reforma Psiquiátrica acabou adotando trajetória própria, não caminhando mais em conjunto com a Reforma Sanitária, mas contando com uma mobilização da sociedade, em especial dos profissionais de saúde mental que não pactuavam com o modelo de hospitalização e asilamento dos doentes mentais, mas

propondo uma nova prática de atendimento terapêutico, como a desconstrução dos manicômios

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a Reforma Psiquiátrica, teve ampla participação de usuários, trabalhadores e de outras representações, sendo os delegados eleitos nas conferências estaduais. O movimento assumiu o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, ganhando a adesão de novos atores, como as associações de usuários e familiares. Porém, os desafios para a desospitalização continuaram mesmo tendo uma frente parlamentar na luta e novas experiências de atendimento sendo implementadas, como o hospital-dia. A Lei Federal nº 10.216/2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, existindo ainda ações sendo implementadas com dificuldades para a sua efetivação nos municípios.

A Reforma Psiquiátrica aumentou sua mobilização com as Conferências Nacionais sobre Saúde Mental, sendo que a primeira foi impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), tendo sido realizadas quatro conferências nacionais.

2.2.2. Conferências Nacionais de Saúde Mental com enfoque na criança e do adolescente

As Conferências Nacionais de Saúde Mental foram estratégias muito importantes da Reforma Psiquiátrica, pois a partir delas ocorreu a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, porém, na área da criança e do adolescente foram poucas as propostas, que apresentavam um novo modelo de atendimento à população infanto-juvenil com transtornos graves e/ou severos e também dependentes químicos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, foi o desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, representando um marco histórico na área da Psiquiatria, “[...] posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal” (BRASIL, 1988).

Os temas discutidos na conferência foram: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988).

O Relatório final apresentou 94 propostas, das quais 8 foram referentes à criança e adolescente e faziam parte do Tema III – Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental, dando ênfase na adoção de medidas para mudança da legislação da época e dos métodos terapêuticos:

Que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle; 2. Que aos menores, a partir dos 16 anos, seja facultado requerer contra sua internação;

Que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico;

Que as medidas terapêuticas para utilização em menores sejam revistas criteriosamente, limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo) de utilidade duvidosa ou de potencial pernicioso ao processo de desenvolvimento e integridade física e mental dos menores;

Que aos menores submetidos à internação sejam garantidos os direitos de proteção semelhantes aos dos pacientes adultos, estudando-se mecanismos de controle e proteção que evitem uma discriminação acessória a partir de sua minoridade e condição de tutelados. (BRASIL, 1988, p. 25).

O Relatório final da I Conferência teve propostas de alteração do Código Penal e Civil e também das leis trabalhistas e sanitárias, com a finalidade de garantir a cidadania dos pacientes psiquiátricos, de acordo com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, reforçando a Reforma Sanitária e incentivando a participação popular através dos Conselhos de Saúde, bem como a constituição do Sistema Único de Saúde, gratuito, universal, descentralizado e regionalizado. Um dos resultados da I Conferência foi o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, n. 3.657/1989, (BRASIL, 1989, p.29), composto por três artigos:

Art. 1º Fica proibido em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros

de convivência, pensões e outros, bem como, extinção dos leitos de característica manicomial.

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, e à autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver. (Brasil 1989).

Este projeto sofreu alterações e, após doze anos, foi transformado na Lei nº 10.216/2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A extinção progressiva das internações psiquiátricas não foi colocada no texto final da lei, porém, a discussão provocou a elaboração e aprovação de leis estaduais, bem como a substituição do modelo asilar em oito estados.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992 foi convocada na IX Conferência Nacional de Saúde (agosto/1992), tendo tido como temas principais: Rede de Atenção em Saúde Mental; transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e direito à cidadania.

No relatório final aparece apenas uma proposta referente à criança e ao adolescente: “Criar, no Ministério da Saúde, uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1993). Mesmo não avançando na área do atendimento à população, este documento, após sua publicação, tornou-se diretriz oficial na proposta de reestruturação da saúde mental. A plenária propôs a municipalização da assistência em saúde, fortalecimento dos Conselhos de Saúde, e recomendou o conceito de territorialidade, respeitando as realidades locais, através do perfil epidemiológico e social. Outra proposta importante foi o reconhecimento dos usuários da saúde mental enquanto sujeitos sociais e protagonistas de suas histórias. O terceiro tema: Direitos e Legislação trouxe uma proposta inovadora referente ao dependente químico: “Assegurar que seja discriminizado o usuário e dependente de drogas, não cabendo procedimentos penais, mas sim encaminhamento para assistência à saúde” (BRASIL, 1993).

Nesta conferência foi colocada no texto final a exigência do cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei Complementar 8.140/90, ressaltando a necessidade de regulamentação do artigo 35 da Lei nº 8.080/90:

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente. (BRASIL, 1990, p. 17).

No final, foi apresentada a proposta de se “[...] elaborar a Carta de Direitos dos Usuários no Brasil, aprovada como pacto entre as entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas”.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, teve como tema central: “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social” O relatório final apresentou 591 propostas e teve a participação de 1.700 delegados e convidados.

A infância e a adolescência, na III Conferência, entraram na pauta de discussão, reafirmando a prioridade absoluta desse segmento da população, conforme a deliberação:

A elaboração e execução de ações no campo da Saúde Mental infante-juvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e adolescente e a reavaliação dos serviços existentes. (BRASIL, 2001, p. 57).

O texto final contém 18 propostas específicas referentes à criança e ao adolescente, com destaque para os itens:

168. Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

170. Exigir que a rede substitutiva inclua a atenção à criança e ao adolescente nos diferentes serviços.

174. Garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24hs ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante. (BRASIL, 2001).

Esta conferência foi um marco na implantação da Política de Saúde Mental, porque reafirmou a importância da participação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde e implementação da Reforma Psiquiátrica.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental somente foi convocada 9 anos após a III Conferência, neste intervalo as lutas pela consolidação da Reforma Psiquiátrica não diminuíram, a exemplo da Criação do Fórum de Saúde Mental Infância e Adolescência (2004) e a Marcha dos Usuários da Saúde Mental (2009).

O tema da IV Conferência foi “Saúde Mental Direito e Compromisso de Todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, realizada em 2010 em Brasília/DF, foi fruto de grande mobilização sendo a primeira intersetorial, com a participação dos usuários, trabalhadores da área, gestores da saúde e representantes de outros setores. O relatório final constou de 1.021 propostas, referentes à criança e ao adolescente, com destaque para:

2.8. Saúde mental na infância, adolescência e juventude: uma agenda prioritária para a atenção integral e intersetorialidade.

Princípios e diretrizes gerais:

-IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial ratifica a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental – de base comunitária e fundamento intersetorial – em consonância com as necessidades, os recursos e as particularidades de cada localidade, e sob a égide das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS.

- Para ampliar a acessibilidade, a rede pública ampliada local deve dar prioridade aos casos de maior gravidade, mas também tomar como responsabilidade inalienável a proposição de estratégias de cuidado para toda complexidade de demandas relacionadas à saúde mental da população infantil e juvenil. (BRASIL, 2010, p. 92).

Esta conferência reafirmou a importância da Reforma Psiquiátrica e a necessidade de implementação da Lei 10.216/01, através do Centro de Atenção

Psicossocial – CAPS, tanto para adultos como para a população infanto-juvenil. O relatório, bastante extenso, abordou muitos temas, abrangendo diversas áreas: organização e consolidação da rede, gestão, financiamento, gestão de informação, políticas sociais, pesquisa, educação permanente e política de assistência farmacêutica. Devido ao número e à diversidade de propostas, houve dificuldades na objetivação e no direcionamento da política de saúde mental.

As Conferências Nacionais ocorreram no período da promulgação do ECA e da luta pela sua implementação e efetivação da garantia dos direitos de crianças e adolescentes, porém observamos que não houve uma integração do movimento da infância no movimento da Reforma Psiquiátrica, e somente após 11 anos após a promulgação do ECA, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o tema criança e adolescente vai aparecer, enfatizando ser essa população prioridade absoluta.

As Conferências Nacionais de Saúde foram componentes indispensáveis na efetivação da Política de Saúde Mental, proporcionando a ampliação da participação e protagonismo dos usuários e seus familiares. Sendo importantes instrumentos de organização e consolidação da Reforma Psiquiátrica, possibilitaram mudanças complexas no atendimento à saúde mental.

2.2.POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

A Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, regulou as internações psiquiátricas e promoveu mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desinstitucionalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial (BRASIL, 2004, p. 19).

O objetivo da Lei supracitada foi o de humanizar o tratamento, de modo que a internação fosse o último recurso e, ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Havia a preocupação de se evitar as internações prolongadas e redução das compulsórias. A proposta foi a de privilegiar o convívio do paciente com a família.

Neste novo modelo, a sociedade foi chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implicou na conscientização de que o regime aberto não oferecia risco para ninguém, que o doente mental não era um incapaz e mostrava ainda que a inserção social era a mais eficaz para a sua recuperação. A reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais nesse processo: os médicos e a família, que passam a ser peças fundamentais (BRASIL, 2004).

Um dos grandes méritos da Lei nº 10.216 foi a explícita definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais:

- Proibição da internação em instituições com características asilares (hospícios e manicômios, por exemplo);
- Determinou a necessidade de autorização médica para internação;
- Exigiu a notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internação contra a vontade expressa do paciente, além do estudo do diagnóstico e de as terapias necessitarem da participação e autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Ainda assim, a promulgação da citada lei impôs novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi no contexto da promulgação dessa Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal se alinhou com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passando a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2004, p. 141).

A articulação da política se deu através dos seguintes mecanismos: Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil, Matriciamento, Intersetorialidade – CAPSi e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

a) Centro de Atenção Psicossocial Infante-juvenil – CAPSi

A Portaria GM/MS nº 336/02, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu os Centros de Atenção Psicossocial, com três modalidades de serviços de atendimento: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem de complexidade, população e abrangência. O CAPSi abrangiu a categoria do CAPS II, definido como: Serviço de atenção psicossocial para atendimento às crianças e adolescentes, constituindo-se

como referência para o município que tivesse uma população de mais de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos (BRASIL, 2002, p. 1).

O CAPSi é um serviço ambulatorial voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos e com dependência química. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) regulamentou o papel do CAPSi como porta de entrada da rede assistencial à saúde, ou seja, para o usuário ser acolhido no serviço não necessita de encaminhamento e do sistema de regulação do SUS (BRASIL, 2002, p. 1). O serviço tem a reponsabilidade articular a rede de cuidados em saúde mental da população infanto-juvenil no seu território. Assim, seu papel é o de supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, os serviços e programas de saúde mental direcionados a este público (BRASIL, 2002, p. 3).

As atividades prestadas no serviço incluem atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, dentre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou sob quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2002, p. 4).

A Portaria nº 336-02 estabeleceu que a equipe mínima para atender 15 crianças e/ou adolescentes em cada turno e que tivesse como limite máximo 25 pacientes/dia, fosse composta por: 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002, p. 3).

b) Matriciamento

O Matriciamento, ou apoio matricial, é uma das diretrizes do CAPSi, sendo de responsabilidade da Equipe Técnica executar o objetivo de integrar a saúde mental aos serviços das Unidades Básicas de Saúde, e aos serviços de outras políticas públicas que atendessem crianças e adolescentes. O conceito de matriciamento “[...] é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011). No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (RIBEIRO et al., 2008; BRASIL, 2011; SILVA, 2014).

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma hierarquizada e desconexa, com diferença de autoridade entre quem encaminha um paciente e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar sem previa comunicação entre as partes, ou de forma burocratizada, por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contra-referência que não oferecem boa resolubilidade (BRASIL, 2011; SILVA, 2014, p. 5).

O matriciamento deve oferecer um suporte técnico-pedagógico, interpessoal e apoio institucional no processo de construção em conjunto envolvendo todos os atores, principalmente os usuários dos serviços. O matriciamento é diferente da supervisão, pois a instituição/profissional que promove o apoio matricial participa ativamente do projeto terapêutico do usuário, família e comunidade, podendo realizar diversas ações em conjunto de promoção, prevenção e tratamento (RIBEIRO et al., 2008; BRASIL, 2011; SILVA, 2014, p.13).

O processo de matriciamento na saúde mental demanda uma atuação multidisciplinar, com coparticipação das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento de casos com sofrimentos psíquicos leves, ou que já tenham recebido alta do serviço do CAPS (PINTO et al., 2012, p. 656).

De acordo com Ribeiro et al., (2008), vários estudos no Brasil apontam que

transtornos mentais não psicóticos são os que mais ocorrem, afetando a qualidade de vida do sujeito, sendo a atenção básica uma ferramenta altamente resolutive para seus cuidados.

O apoio matricial vem para dar suporte para os profissionais; médicos clínicos, enfermeiros, agentes comunitários, dentistas e técnicos da atenção básica a fim de que tenham entendimento sobre saúde mental enquanto promoção, prevenção, tratamento, procedimentos e encaminhamentos necessários. Se isso ocorre, o estigma e preconceitos que envolvem estes sujeitos vão sendo restringidos e potencializam o processo terapêutico (PINTO et al., 2012, p. 658).

c) Intersetorialidade

A Intersetorialidade da gestão pública, segundo Junqueira (1997, p. 39) é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social.

No Brasil, a discussão sobre a Intersetorialidade teve início após as Conferências Internacionais sobre saúde, com o destaque para a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá, em 1986, tendo como preceito a discussão do fortalecimento da saúde pública em torno do compromisso de saúde para todos (ANDRADE, 2004).

No decorrer do tempo, as discussões internacionais se propuseram a quebrar o paradigma de que a Saúde se refere a um estado de ausência de doença, e sim de pensar em Saúde enquanto conceito amplo e subjetivo, variando para cada indivíduo ou grupo, tendo como base o seguinte “conjunto de valores”: vida, saúde clínica, religião, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parcerias, desenvolvimento, justiça social, ambiente e revalorização da ética da vida. Com isso, ficou claro que a promoção em saúde e o seu cuidado demandam ações coordenadas entre diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais (ANDRADE, 2004).

Para os autores Couto e Delgado (2010, p. 386), é essencial reabilitar

psicossocialmente dentro da intersectorialidade, visto que legitimada enquanto integrante das políticas públicas na partilha dos mandatos sociais, reunindo todos os serviços do Estado, democrático e republicano no enfrentamento das necessidades da população que sofre transtorno mental. Nesse sentido, os operadores de saúde mental intersectoriais são os atores sociais, equipamento/serviços comunidade (associações, igrejas e centros comunitários), os quais possibilitam garantir direitos de cidadania, educação, cultura, lazer/esporte, ou seja, tudo aquilo que aumenta a participação social e auxilia crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos a enfrentar os problemas complexos e concretos que atravessam suas vidas.

Cada campo (saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, comunidade) é constituído por teorias, conceitos, diretrizes, protocolos e códigos de comunicação, que colocam barreiras para que as ações intersectoriais aconteçam. Existe a necessidade de as instituições se conhecerem e firmarem parcerias, promovendo espaços de diálogos, pois, a intersectorialidade não guarda em si uma racionalidade, mas sim uma presença viva de troca de experiências e vivências para que haja corresponsabilidade em saúde mental, com a participação plena dos jovens (ANDRADE, 204; COUTO; DELGADO, 2010, p. 386).

É muito importante ressaltar que a Intersectorialidade vem atuar na perspectiva do compartilhamento de responsabilidades e organização de atribuições necessárias à gestão pública, sendo uma ferramenta importantíssima no processo de materialização dos direitos fundamentais que constam na Constituição Federal de 1988. Podemos enfatizar que é uma ação que está muito além do ato de articular-se ou comunicar-se dentre os diversos setores sociais, constituindo-se em uma ação integradora, porque, enfrentar o problema da exclusão social exige ações conjuntas de diversos campos e setores estatais, portanto, políticas públicas voltadas ao enfrentamento à pobreza e exclusão social, não podendo se desenvolver de forma desarticulada, principalmente quando tratamos da temática da adolescência e das drogas, devido à complexidade do problema.

d) Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que compõe a Política de Saúde Mental significa grande avanço na atenção às crianças e adolescentes com

transtornos graves e severos e com dependência química.

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com a proposta de criação e ampliação à atenção da saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de drogas, no âmbito do SUS. Suas diretrizes de funcionamento encontram-se no artigo 2º: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate aos estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, as quais favoreçam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos (BRASIL, 2011, p. 1).

A ênfase da RAPS é unir os serviços com base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, p. 2).

O artigo 4º dessa Portaria descreve como objetivos: promover cuidados em saúde prevenindo o consumo e a dependência de substâncias psicoativas, promover a reabilitação e a reinserção social na escola, trabalho e comunidade; promover a formação permanente dos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos, produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A Política de Saúde Mental, com seus mecanismos de atuação, vem buscando o aprimoramento no atendimento ao adolescente com uso abusivo de

drogas, sendo muito recente a implementação dos seus serviços.

2.3. POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DESTINADA AO ADOLESCENTE

A Política Nacional de Assistência Social traz como centralidade da atenção a família, quando ocorreu a implantação do Sistema Único da Assistência – SUAS:

O SUAS, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação. O SUAS materializa o conteúdo da LOAS, cumprindo no tempo histórico dessa política as exigências para a realização dos objetivos e resultados esperados que devem consagrar direitos de cidadania e inclusão social. (BRASIL. PNAS, 2004, p. 39).

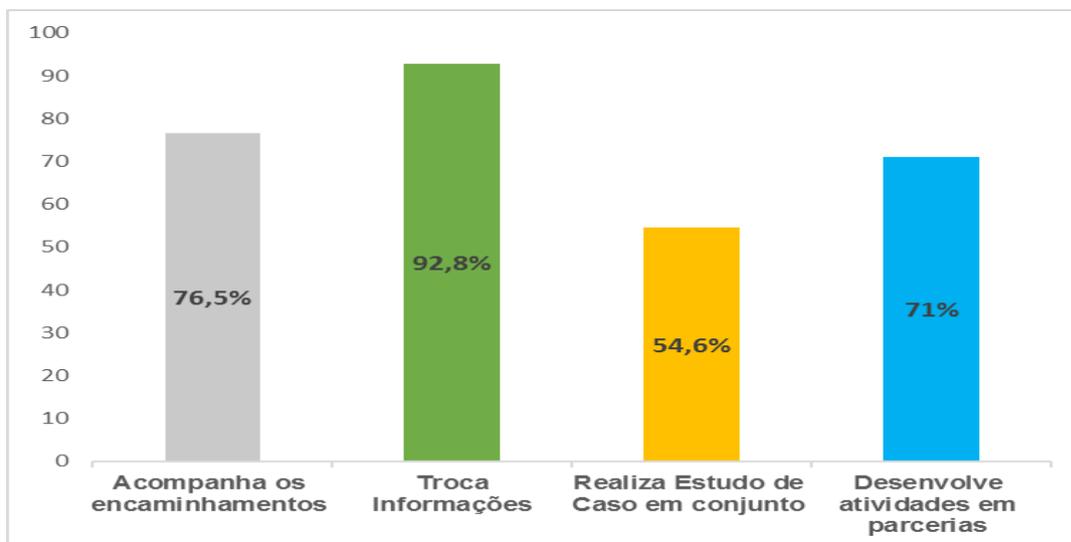
O SUAS é público, não contributivo, descentralizado e participativo, sendo destinado às ações da Assistência Social, através da integração das ações dos entes públicos: União, Estados e municípios, mas também das entidades privadas da assistência social. Suas ações são organizadas por níveis de complexidade: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social de Alta Complexidade. Também trouxe uma nova concepção de família, ou seja, pessoas ligadas por laços de consanguinidade ou por afetividade / afinidade de vínculos, rompendo com o padrão de família tradicional: “pai, mãe e filhos”, e priorizando o atendimento no território, de forma a ser possível reconhecer suas fragilidades e potencializar suas fortalezas.

Na Proteção Social Básica, todos os serviços são direcionados à proteção e promoção da família, visando a potencialização e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Nas unidades dos CRAS é desenvolvido o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que atende crianças e adolescentes, com

prioridade para os que tiveram seus direitos violados, como: trabalho infantil; vivência de violência e/ou negligência; estarem fora da escola ou com defasagem escolar superior há 2 (dois) anos; estiverem em situação de acolhimento; em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto; egressos de medidas socioeducativas; em situação de abuso e/ou exploração sexual; com medidas de proteção do ECA; crianças e adolescentes em situação de rua; em situação de vulnerabilidade no que diz respeito às pessoas com deficiência. As atividades realizadas no serviço possuem a finalidade de promover o desenvolvimento físico e mental dos adolescentes, através de oficinas lúdicas, educativas e esportivas, estimulando as interações sociais entre eles, sua família e comunidade.

O SUAS tem ainda a finalidade de promover a articulação da rede de atenção existente no território, escola, serviços de saúde, organizações não governamentais realizando um trabalho articulado e integrado. Já o CRAS é a unidade da Proteção Social Básica responsável por desenvolver esse trabalho. Sendo assim, anualmente o Ministério do Desenvolvimento Social solicita a cada Coordenador de CRAS que responda a um questionário, via *online*, denominado de CENSO SUAS. Em 2016, existiam no Brasil 8.240 CRAS que responderam ao questionário. Algumas perguntas do CENSO SUAS estão relacionadas com a articulação em rede, entre a assistência social e a saúde. Destacamos as seguintes respostas do relatório final: 76,5% dos entrevistados responderam que acompanham os encaminhamentos para as unidades de saúde; 92,8 % trocam informações; 54,6% realizam estudos de caso em conjunto, e 71,0% desenvolvem atividades em parceria. Isso demonstra que a articulação entre saúde e assistência social no território está ocorrendo, proporcionando a ampliação do acesso aos direitos o que, possivelmente, resultará no empoderamento dos usuários.

Gráfico 01 – Articulação do CRAS com Serviços de Saúde



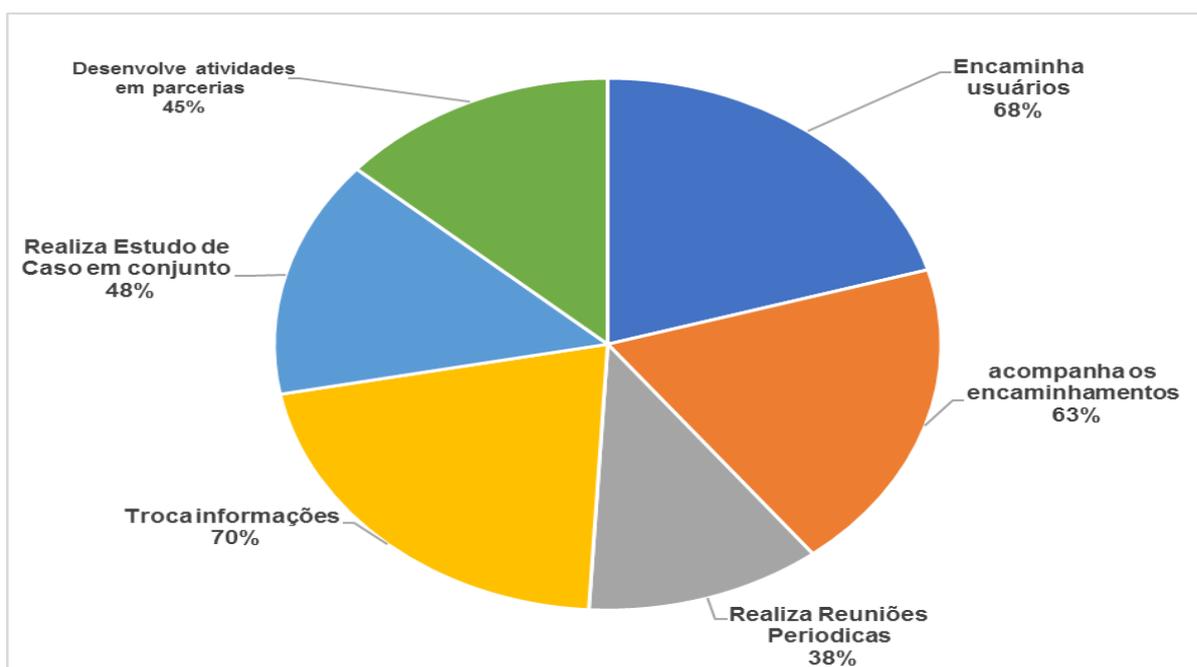
Fonte: Relatório CENSO 2016, Ministério do Desenvolvimento Social, Brasília, 2017

A Proteção Social Especial “[...] compreende atenções e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social” (BRASIL. Resolução 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social). Devido ao nível de complexidade, possui os seguintes serviços: PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos; Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade; Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias e Serviço Especializado para pessoas em situação de rua, que são desenvolvidos na unidade do CREAS. Os serviços atendem adolescentes com as seguintes violações de direitos: violência física, psicológica e negligência; violência sexual, abuso e/ou exploração sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou de proteção; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; abandono; vivência no trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia e outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminação/submissão a situações que

provocam danos e agravos à sua condição de vida, impedindo-os de usufruir autonomia e bem-estar; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI, em decorrência de violação dos direitos. As atividades realizadas são o acolhimento, a escuta especializada, a construção do plano individual e/ou familiar de atendimento e a articulação da rede de serviços socioassistenciais e de outras políticas públicas.

O Gráfico 02 apresenta o resultado do Censo SUAS 2016, referente às atividades de articulação realizadas pelos 2.521 CREAS existentes no Brasil e os serviços de saúde no território.

Gráfico 02 - Articulação CREAS e Serviços de Saúde Mental (CAPSi, CAPS AD e ambulatórios)

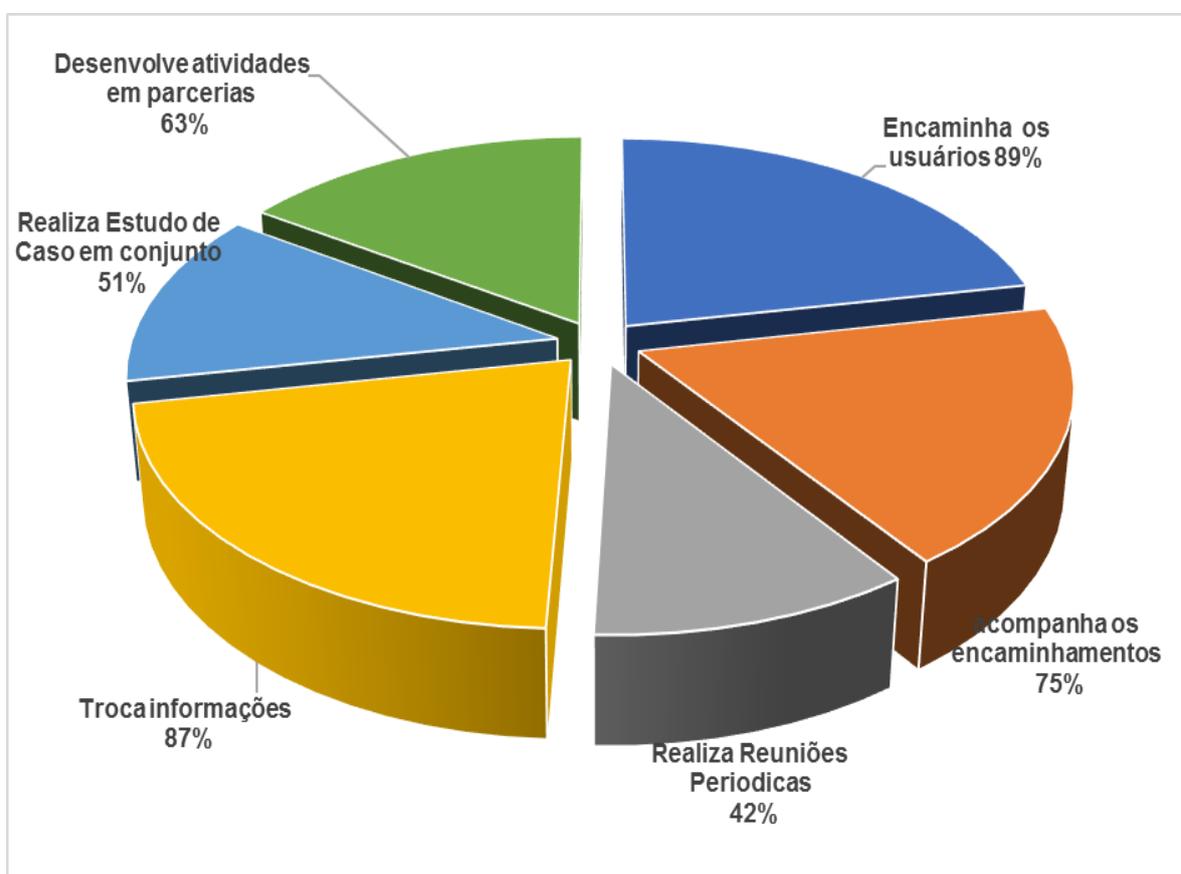


Fonte: Relatório CENSO 2016, Ministério do Desenvolvimento Social, Brasília, 2017

A Resolução nº 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social e que trata da tipificação dos serviços socioassistenciais, traz como diretriz, em todos os serviços da Proteção Social Básica e Especial, a realização de ações intersetoriais. Conforme demonstrou o gráfico, necessitamos avançar muito, porque, dos 2.521 CREAS, 45% desenvolvem atividades em parceria com outras áreas, e 48%

realizam estudos de caso em conjunto, pois o atendimento aos adolescentes vitimizados e em cumprindo medidas socioeducativas é de responsabilidade desse serviço, devido à complexidade do atendimento, o que requer ações articuladas e integradas com serviços de saúde mental, em razão de que os adolescentes que cometem ato infracional também fazem o uso abusivo de drogas, necessitando de atendimento especializado nos serviços de saúde mental.

Gráfico 03 – Articulação CREAS e demais serviços da rede de saúde



Fonte: Relatório CENSO 2016, Ministério do Desenvolvimento Social, Brasília, 2017

O Gráfico 03 estampa um percentual maior de articulação dos CREAS com os serviços de saúde da atenção básica e secundária, uma vez que 63% deles desenvolvem atividades em parcerias, e 51% realizam Estudo de caso em conjunto. Porém, há necessidade de maior integração e articulação desses serviços no território nacional.

2.4. A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Intersetorialidade é uma estratégia que compõe as Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, conforme apresentado nos itens anteriores. Para Potyara (2014), a intersectorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação prática, e que recentemente vem despertando crescente interesse intelectual e político. Sua defesa no âmbito da política social pública apoia-se no reconhecimento de que a relação entre “setores” dessa política implica mudanças substanciais na sua gestão e impactos, bem como ampliação da democracia e da cidadania.

A Intersetorialidade está baseada muito menos na comunicação ou articulação entre os setores, e sim em uma ação de integração, com objetivo de enfrentar as mazelas sociais, a exemplo do combate à pobreza, que necessita de ações integradoras entre setores diversos, tanto da sociedade como do Estado. Em razão da atual conjuntura socioeconômica do país, que sofre com os impactos da globalização, ocorreu a precarização das formas de sobrevivência, sob a política neoliberal. Necessário se faz buscar novas estratégias para enfrentar as consequências das mazelas sociais. Assim, a Intersetorialidade se apresenta enquanto uma das estratégias das Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social.

Hoje, as Políticas Públicas são baseadas na universalidade e na garantia dos direitos, ampliando a discussão sobre ações de articulação e integração, buscando o aprimoramento de seus instrumentais de trabalho e objetivando potencializar e empoderar os usuários quanto ao acesso aos seus direitos. Porém, todo processo de articulação e intersectorialidade vem ocorrendo desde a promulgação da Constituição de 1988, e se constitui em uma discussão muito complexa e desafiadora, mesmo estando assentada nas normativas vigentes. A Intersetorialidade nos traz um grande desafio que, segundo Junqueira (1997, p. 24), é “[...] preciso promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social”. Apesar de toda a dificuldade e desafio, não podemos desenvolver uma ação desarticulada, principalmente, se o objetivo é enfrentar a exclusão social.

Como podemos observar, as políticas públicas possuem aparato legal, desde a sua origem, para trabalharem de forma articulada e integrada, mesmo tendo suas peculiaridades, porém o processo de evolução ocorreu de forma diferente nas várias áreas. Na saúde, foi bem rápida, assim que as Leis 8.80/90 e 8.142/90 foram aprovadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a funcionar de forma municipalizada e descentralizada, com a participação da sociedade e a transferência de recursos de Fundo a Fundo. Na assistência social, o processo ocorreu mais lentamente, pois a Lei Orgânica da Assistência Social, de nº 8.742/93, elevou esse serviço ao patamar de Política Pública, compondo o tripé da Seguridade Social, porém, o SUAS foi permeado de mobilizações e lutas para sua constituição, que ocorreu somente em 2004, com aprovação da Política Nacional de Assistência Social, quando foi possível a sua consolidação. O SUAS ficou estabelecido através de duas proteções: básica e especial.

Com o SUAS e o SUS implantados em todo território nacional, foi possível a articulação das responsabilidades, vínculos e hierarquias dos sistemas. O primeiro desenvolve ações, serviços e benefícios da assistência social, de caráter permanente ou eventual, e segundo implementa ações de saúde, de caráter permanente ou eventual, sob o critério da universalidade e da ação em rede hierarquizada e regionalizada.

O SUAS teve a questão da intersetorialidade ratificada através da Resolução 109/2009, que tratou da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais e sua regulamentação, ultrapassando o tradicionalismo, tendo ações fragmentadas, os serviços para garantir o direito da população e sua melhoria de vida, estreitamento da interface com todo sistema de garantia de direitos, como: Ministério Público, Conselho Tutelar, Poder Judiciário e outros órgãos do Poder Executivo, exigindo uma gestão bem mais complexa e compartilhada.

Portanto, a intersetorialidade na saúde e assistência social, conforme constata nas normativas vigentes, é satisfatória, necessitando que os diferentes setores do Poder Público Estatal realizem investimentos em ações interssetoriais, através das redes de atenção, o que possibilitará o aumento da cobertura de atendimentos e ações desenvolvidas na Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, objetivando a melhoria da qualidade do atendimento e garantia dos direitos de criança e adolescente.

3 REDE DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE COM USO ABUSIVO DE DROGAS: MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE

3.1 MUNICÍPIO DE VÁRZEA GRANDE

Várzea Grande é um município caracterizado como polo industrial. Segundo dados do IBGE de 2010, sua população era de 252.596 habitantes, sendo que em 2016 a estimativa foi de 274.013 habitantes⁷, IDH 0,734, sendo o segundo maior município do estado de Mato Grosso, visto sua extensão territorial ser de 1.048,212 km². Seus limites territoriais estão definidos com os municípios de Acorizal, Santo Antônio de Leverger, Nossa Senhora de Livramento, Jangada e, com a capital do Estado, Cuiabá. O Data/SUS (2010) apontou que, do total de habitantes, 23.507 são crianças e adolescentes, na faixa etária de 10 a 14 anos (9%), e 24.110 adolescentes e jovens na faixa etária de 15 a 19 anos (9%), tendo uma população urbana em torno de 98%.

Em 2015, a média salarial da população ativa era de 2,3 salários mínimos, e a proporção de pessoas ocupadas em relação ao total da população era de 20,8%. De acordo com Lei de Abairramento de 2009, o município tem 236 bairros, dos quais 30 são catalogados pela Polícia Militar com alto índice de violência, como roubo, furto, tráfico de drogas e homicídios. O que facilita as ocorrências é sua proximidade com as Rodovias estadual e federal, sendo uma delas de acesso à região fronteira com a Bolívia, formada de vários loteamentos. Ainda temos a dificuldade de interação entre os moradores das comunidades, pois as pessoas que habitam o município são oriundas de várias regiões do país e do estado, e muitos bairros não contam com os equipamentos sociais necessários.⁸

⁷ <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mt/varzea-grande/panorama>, acesso em 17/09/2017

⁸ Tecendo uma Rede de Atenção Intersetorial aos Usuários de Crack, Álcool, outras Drogas e Familiares nos Territórios de Cuiabá e Várzea Grande-MT, Proposta de trabalho final dos Cursos de Capacitação oferecidos pelo CRR/UFMT, 2013

3.2. OS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO A CRIANÇA E ADOLESCENTE

A rede é muito utilizada em diversas áreas de atuação, com significados muito idênticos. A rede pode ser definida como forma de se conectar, interligando pessoas, partilhando informações, recursos e serviços, criando e mantendo vários tipos de relações, a exemplo de amizade, negócios, relações pessoais. A partir desta concepção de rede, o ECA tem como desafio mudar a forma de atuação. O que fica explícito no Art. 86, quando determina que “[...] a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL,1990 p. 55). O município tem, assim, uma meta desafiadora, que é a atuação intersetorial nas políticas públicas, realizando ações articuladas entre os atores sociais, conselheiros tutelares e conselheiros dos direitos da criança e do adolescente. Sendo assim, Faleiros (2008, p. 79) define que “[...] a Rede de Proteção de crianças e adolescentes é um conjunto social constituído por atores e organismos governamentais e não governamentais, articulado e construído com objetivo de garantir os direitos gerais ou específicos de uma parcela da população infanto-juvenil”.

Na proposta do SUS, quando trata da RAPS, defende uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, visando atender pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes de transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, *crack* e outras drogas.

Os equipamentos sociais que compõem a Rede de Atenção em Várzea Grande/MT, na área da educação, saúde, assistência social e segurança, são os seguintes:

a) Educação

O número de escolas e matrículas no ensino Pré-escolar, fundamental e médio, de acordo com dados do Cidades/IBGE/2015⁹: Escolas Públicas Municipais:

Ensino Pré-escolar – 64 unidades e Ensino Fundamental – 61 unidades; Escolas Públicas Estaduais: Ensino Pré-escolar – 24 unidades, Ensino Fundamental – 40 unidades e Ensino Médio – 29 unidades; Escolas Particulares: Ensino Fundamental – 22 unidades e Ensino Médio 08 unidades; e Escola Pública Federal: 01 unidade.

Número de matrículas em 2015, segundo dados do IBGE, referentes aos ensinos Pré-escolar: 6770 matrículas; Fundamental: 37.512 matrículas e Médio: 13.170 matrículas. Vale ressaltar que¹⁰ mesmo com esse número de matrículas, o município não conseguiu atender a todas as crianças em idade para frequentar creche, ensino pré-escolar e fundamental. Isso pode ser constatado através das reportagens (MT É NOTÍCIA, 3 jan. 2017)¹¹ que circularam nos meses de janeiro e agosto de 2017, trazendo denúncias da população e do SINTEP após a entrega dos Residenciais habitacionais São Benedito I e II, na Região do São Mateus, parte oeste do município.

b) Saúde

A rede saúde¹² é composta por: 4 Centros de Saúde, 9 Unidades da Estratégia Saúde da Família - ESF (com vinte e uma equipes, destas, 12 são habilitadas), 1 equipe volante de Saúde da Família que atende às comunidades rurais: Sadia I e III, Passagem da Conceição e Limpo Grande, 6 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo que a cobertura atual do ESF é de 42%; 5 Policlínicas e 5 Centro de Especialidades (sendo esses: 1 Centro Integrado da Mulher - CIM, 1 Serviço de Assistência Especializada – SAE/CTA, 1 Centro de Especialidades Médica – CEM, 1 Centro de Doenças Tropicais CDT, 1 Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa – CRIDAC), 3 Centros de Atenção

⁹ Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/184WY>, Acesso em 4 ago. 2017.

¹⁰ Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/184WY>, Acesso em 4 ago. 2017.

¹¹ Disponível em http://www.sintepvg.org.br/noticias/id-631802/denuncia_crianças_em_idade_escolar_estao_fora_da_escola_em_varzea_grande. Acesso em 03 jan. 2017.

¹² Disponível em http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=51&VMun=510840, Acesso em 26 jun. 2017.

Psicossocial – CAPS (CAPS AD, CAPS II e CAPSi), 1 Hospital e Pronto Socorro Municipal e 1 UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

O município tem a cobertura de apenas 42% da Estratégia Saúde da Família, o que significa que as ações de prevenção e promoção da saúde em Várzea Grande estão prejudicadas, porque esse programa é uma estratégia do SUS, como forma de atuar junto às famílias e no território. De acordo com Miotto, (2000, p. 222), esta estratégia é fundamental para todos os municípios, porque o objetivo principal é:

[...] identificar as fontes de dificuldades, as possibilidades de mudanças, todos os recursos (tanto os das famílias, como os meios sociais) que contribuam para que as famílias consigam articular respostas compatíveis com a melhor qualidade de vida. Tais mudanças pressupõem transformações na pauta das relações internas e na relação das famílias com a necessidade. Isto implica o desenvolvimento da capacidade de discernir as mudanças possíveis de serem realizadas no âmbito dos grupos familiares e de suas redes, daqueles que exigem o engajamento deles em processos sociais mais amplos para que ocorram transformações de ordem estrutural.

Esta estratégia é muito importante, pois contribui na organização do SUS e na municipalização, realizando a integração da comunidade. O fato de o município ter cobertura de 42% da ESF, explica as notícias que veiculam nos meios de comunicação sobre a superlotação do Pronto Socorro Municipal, pois se ocorreram ações permanentes de prevenção e promoção a saúde por Equipes da ESF, muitas doenças poderiam ser prevenidas, através de orientação e acompanhamento por exemplo, a dengue, conforme Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde, o número de casos suspeitos e incidência acumulado (100 mil/hab) em 2016 foi de 170 casos, sendo que até o mês de maio de 2017 foi elevado para 437 casos (BRASIL, 2017)¹³.

Daí a importância da ESF, que implica no cuidado com a família no seu território, conhecendo suas fortalezas, fragilidades e buscando, juntamente com elas, definir a melhor forma de intervenção na atenção à saúde, substituindo o modelo antigo, com base nas práticas curativas realizadas em hospitais. Se a cobertura do programa fosse maior, a possibilidade do desenvolvimento de ações

¹³ Boletim Epidemiológico nº 16 Ed. 01 S.E.-18/2017 Dengue, Febre Chikungunya e Febre pelo Vírus Zika, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

intersetoriais poderia ser mais eficiente nos territórios, na prevenção e intervenção ao uso de drogas pelos adolescentes. O CAPSi, através do matriciamento, poderia realizar o suporte às equipes de ESP quanto à saúde mental, propondo, em conjunto com a rede local, o acompanhamento e atendimento aos adolescentes e suas famílias. O que se tem informação é de que não está sendo possível a realização dessa estratégia porque, atualmente, o município conta só com uma 1 Equipe mínima.

c) Assistência Social

Conforme consta no Relatório de Informações Sociais do MDS, Cadastro Único, tendo como base o mês de junho de 2017, no município de Várzea Grande/MT 45.675 famílias estão inscritas no CadÚnico, das quais 16.953 delas têm renda *per capita* familiar de até R\$ 85,00; 8.263 com renda per capita familiar entre R\$ 85,01 e 170,00; sendo que 11.153 famílias possui renda *per capita* entre R\$ 170,01 e meio salário mínimo; e 9.306 com renda acima de meio salário mínimo. O Programa Bolsa Família, que tem a finalidade de fazer a transferência de renda às famílias pobres e extremamente pobres, inscritas no CadÚnico, beneficiou, no mês de junho de 2017, a 16.173 famílias, fazendo a cobertura de 110,1% das famílias pobres do município, segundo a estimativa apresentada pelo IBGE.

Os serviços socioassistenciais disponíveis são: 4 Centro de Referência da Assistência Social – CRAS (Norte, Sul, Leste e Oeste), ficando a área central do município sem cobertura de proteção básica. Dentro dos CRAS são desenvolvidos os PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Família, Serviço de Fortalecimento de Vínculos e Serviço de Proteção Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas; 1 CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social, com 3 serviços disponibilizados: PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado as Famílias e Indivíduos; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com deficiência, idosos (as) e suas famílias; 1 Serviço de Acolhimento Municipal (Casa de Passagem); 1 Casa de Amparo à Mulher Vítima e 1 CENTRO POP, 1 Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos (convênio com a

Prefeitura) e 4 Casas Lares – Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (conveniadas com a Prefeitura Municipal).

d) Segurança Pública

Os dados referentes à Segurança Pública¹⁴ mostram que o município conta com 1 Delegacia Especializada da Infância e Juventude, 1 Delegacia de Defesa da Mulher, Criança e Idoso, Delegacia Municipal de Várzea Grande, Plantão de Central de Flagrante, Delegacia Distrital do Jardim Glória, Delegacia do Parque do Lago e Delegacia Especializada em Roubos e Furtos. A Delegacia Especializada do Adolescente registrou, no período de janeiro a julho de 2016, 33 adolescentes com uso ilícito de drogas e, de janeiro a julho de 2017, 35 adolescentes igualmente com uso ilícito de drogas¹⁵. O uso de drogas está em quinto lugar dentre as ocorrências envolvendo adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos de idade.

e) Defesa dos direitos

Possui 3 Conselhos Tutelares: Centro, Cristo Rei e Jardim Glória, estão vinculados administrativamente à Secretaria Municipal de Assistência Social.

O município, por ter mais de 200 mil habitantes, possui todos os serviços na área da saúde e assistência social, desde a básica até a de alta complexidade, portanto, habilitado na gestão plena do SUS e SUAS, o que significa que recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Porém, não há continuidade nas ações de articulação, o que possivelmente se dá em razão da rotatividade dos profissionais que, em grande parte, são contratados, seletivos ou comissionados.

3.3. DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DA ATENÇÃO

No SUS, a normatização do CAPSi se deu somente em 2002, através da Portaria nº 336, do Ministério da Saúde, publicada após a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Segundo Couto (2004), tal norma visou a superação do cenário

¹⁴ Disponível em <http://www.seguranca.mt.gov.br/telefones.php?IDCategoria=3025>. Acesso em 04 ago. 2017.

¹⁵ Secretaria de Segurança Pública, Sistema de Registro de Ocorrências Policiais, Polícia Militar, Polícia Judiciária Civil.

anterior, no qual, a rigor, crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental ficaram desassistidas ou submetidas aos processos de institucionalização externos ao sistema psiquiátrico asilar, que, por décadas, foram invisibilizadas, até mesmo ao vigoroso movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A unidade do CAPSi em Várzea Grande-MT foi inaugurada no dia 12 de maio de 2009, mas já atendia a demanda desde novembro de 2008, nas dependências das unidades do CAPS II e do CAPS AD, tendo sido, em 2012, habilitado pelo Ministério da Saúde. Esta unidade de saúde é responsável, no município, pelo matriciamento e articulação da rede local, que foi implementada há 8 anos, ou seja, 19 anos após a promulgação do ECA, o que pode ser considerado um atraso significativo no atendimento aos adolescentes usuários de drogas. Porém, foi marco na atenção à criança e ao adolescente com transtornos graves e severos e dependência química, porque o Estado assume uma posição concreta no atendimento a essa população, realizando o cofinanciamento das ações e subsidiando a implantação dos CAPSi.

De acordo com Couto e Delegado (2015, p. 35), o CAPSi:

Além de contribuir para ampliação desses conhecimentos, o exercício do duplo mandato – terapêutico e gestor – representa a principal inovação na oferta de CAPSi pelo SUS por incorporar em um único dispositivo ações terapêuticas e gestoras das demandas territoriais, implicando de modo indissociável o território, a intersectorialidade e a rede como montagens articuladas e colaborativas para realizar o desafio de expandir o acesso e qualificar o cuidado.

São inúmeros, em Várzea Grande, os desafios na atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas, pois o município conta com apenas 1 CAPSi com uma Equipe Mínima¹⁶ e funcionando em espaço adaptado, sendo sua sede alugada, atendendo 2 demandas crianças e adolescentes com transtornos graves e severos e dependentes químicos. Desenvolve, dentro da unidade, as seguintes atividades: acolhimento, atendimento individual (consultas), atendimento em grupo, oficinas

¹⁶ Equipe mínima de acordo com a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde: 01 Médico Psiquiatra, 1 Enfermeiro (a), 4 Profissionais de Nível Superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

terapêuticas, assembleia de usuários, e atividades externas como visita domiciliar, o matriciamento e a articulação da RAPS. Para que todas as atividades propostas se realizem de acordo com a Portaria 336/02, há necessidade de 2 Equipes, sendo que uma ficaria responsável pela implementação da RAPS, nos 5 territórios (centro, norte, sul, leste, oeste)¹⁷ de Várzea Grande.

Para implementação da Rede de Atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas, os Planos Municipais da Criança e do Adolescente e Plano Municipal da RAPS são importantes instrumentos de normatização, organização e articulação dos serviços no município.

O município de Várzea Grande, na área da saúde, tem aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, através da Resolução *Ad Referendum* nº 05/2014, de 22 de outubro de 2014, o Plano da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, que contém as diretrizes e metas para o atendimento das pessoas com transtornos mentais graves e severos e dependentes químicos. Na área da Infância e Adolescência, não possui o Plano Decenal de Defesa da Criança e do Adolescente, e sim Plano Municipal de Defesa da Criança e do Adolescente, aprovado pelo CMDCA, pela Resolução nº 08/2014/CMDCA VG MT, de 23 de setembro de 2014. Na área assistência social, possui Plano Municipal de Assistência Social, porém não tem a Política Municipal de Assistência Social aprovada pelo Conselho Municipal da Assistência Social. Estes documentos são importantes, porque normatizam a política pública, e, quando aprovados pelos seus respectivos Conselhos Municipais, se tornam normas, em razão de que os mesmos são órgãos deliberativos e normatizadores da Política Pública.

a) na área da infância e adolescência

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) aprovou, em 2011, o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, cujo objetivo visa a implementação de políticas públicas que concretizem os direitos humanos das crianças e dos adolescentes. Após 6 anos de

¹⁷ Divisão realizada pela Lei Complementar nº 3.356/2009, que dispõe sobre o Abairramento do Município de Várzea Grande-MT.

aprovação do Plano Decenal, o CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Várzea Grande iniciou, em 2017, a discussão para a constituição de Comissão Interinstitucional de Elaboração e Implementação do Plano Decenal do município de Várzea Grande/MT, que terá o objetivo principal de elaborar diretrizes para as ações de políticas públicas na área da infância e adolescência no âmbito municipal, pelo período de 10 anos, e terá os seguintes eixos: 1 – Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes; 2 – Proteção e Defesa dos Direitos; 3 - Protagonismo e Participação de Crianças e Adolescentes; 4 – Controle Social da Efetivação dos Direitos; e 5 – Gestão da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças.

Como instrumento legal de normatização da política infância e adolescência tem somente o Plano de Ação Municipal para atendimento à Criança e ao Adolescente, para o Biênio 2015/2016, através da Resolução 08/2014/CMDCA VG MT, de 23 de setembro de 2014, a qual inclui 5¹⁸ eixos, 13 diretrizes e 58 objetivos estratégicos, capazes de atender à demanda das diversas políticas de proteção à criança e ao adolescente.

No entanto, vale ressaltar que o eixo referente à atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas tem apenas um objetivo estratégico voltado para:

Definir diretrizes para as atividades de prevenção ao uso de drogas por crianças e adolescentes conforme a Lei 11.343/06, bem como ampliar, articular e qualificar as políticas sociais para prevenção e atenção a crianças e adolescentes usuários e dependente de álcool e drogas. (CMDCA VG .Eixo II, objetivo 3.5).

Como o objetivo é definir diretrizes, não foi localizado em qualquer outro documento oficial o detalhamento desse objetivo, e nem a definição de diretrizes de prevenção e intervenção, ficando estabelecido somente no papel, não tendo uma ação concreta de atuação no município através do CMDCA, não apresentando as ações de articulação com outras Políticas Públicas como educação e saúde, referente à prevenção ao uso de drogas.

¹⁸ Eixo I – Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes; Eixo II – Proteção e Defesa dos Direitos; Eixo III – Protagonismo e Participação de Crianças e Adolescentes; Eixo IV – Controle Social da Efetivação dos Direitos; Eixo V - Gestão da Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.

b) na área da saúde

O município possui o Plano Municipal da RAPS, elaborado em 2013 e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, através da Resolução *Ad Referendum* Nº 05/2015, de 22 de outubro de 2014. O plano contém uma Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial, com objetivo geral de subsidiar a elaboração do Plano de Ação Municipal para os CAPS AD, CAPS II e CAPSi.

A RAPS é importante no município, porque possui o papel integrador, articulador e efetivador em diferentes pontos de atenção, com a finalidade de atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes de transtornos mentais e/ou consumo de álcool e outras drogas, considerando as especificidades regionais, dando ênfase nos serviços no território, para adequação às necessidades dos usuários e suas famílias, e não ao contrário, ao se adequarem aos serviços, e, assim, proporcionar a transformação de lugares e relações.

Analisando o Plano Municipal na perspectiva referente à atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas, encontramos os seguintes itens: foram realizadas duas conferências municipais de saúde mental, entre 2002 e 2010; 1 CAPSi habilitado para atender duas demandas: crianças e adolescentes com transtornos graves e severos e dependentes químicos; no quadro da Matriz Diagnóstica da RAPS não contém qualquer proposta para criança e adolescente. No quadro de Recursos Humanos apresenta um *déficit* de profissionais, não estando de acordo com os parâmetros da Portaria nº 336/2002¹⁹, e a equipe mínima não está completa e inexistem legislações municipais referentes à saúde mental. No item 9. Problemas/Dificuldades, destacamos dois pontos: não há apoio matricial às equipes de atenção básica e tampouco intersetoriais, e o orçamento municipal, foi aprovado para os 3 CAPS (CAPS AD, CAPS II e CAPSi), tendo ocorrido uma diminuição nos recursos entre 2010 e 2012.

Na atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas, o CAPSi é a unidade de saúde que possui a responsabilidade de atender adolescentes e suas famílias, e realizar ações intersetoriais, porém o Plano Municipal da RAPS apresenta as

¹⁹ Equipe mínima de acordo com a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, citado na pág.56

dificuldades enfrentadas pelo serviço, porém não coloca qualquer proposta de sua implementação. Um serviço, que deveria ter pelo menos uma equipe mínima, está atuando em desacordo com a Portaria 336/2002, tendo que responder pelo atendimento a duas demandas: crianças e adolescentes com transtornos graves e severos e dependência química, e realizar ações intersetoriais nos territórios do município junto às unidades básicas de saúde, escola e parcerias com CREAS e CRAS.

O CAPSi surgiu para ser substitutivo, e não complementar ao hospital psiquiátrico. Cabe a ele o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e também aos dependentes químicos, tendo o objetivo geral:

Prestar atenção integral à saúde mental de crianças e adolescentes de Várzea Grande, portadores de transtornos mentais severos e persistentes e dependência química, visando sua inserção social e fortalecimento dos laços familiares. Assim como promover a manutenção dos usuários no melhor nível de funcionamento e máximas condições de autonomia possível, para cada caso, evitando novas internações e visando a reintegração no seu grupo social. (PLANO MUNICIPAL RAPS, 2013).

As formas de atendimento foram estabelecidas pela Portaria Nº 336/2002, do Ministério da Saúde, que regulamentou o funcionamento dos Centros de Atendimento Psicossocial, em três formas de atendimento: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, que será firmado entre CAPSi e os adolescentes, após avaliação inicial realizada pela equipe técnica desta unidade.

Atividades desenvolvidas:

- Recepção
- Acolhimento
- Atendimento individual;
- Atendimento em grupos;
- Oficinas terapêuticas;
- Visitas e atendimento domiciliar e institucional;
- Atendimento a família;

- Oferecer uma refeição quando o adolescente permanecer por 4 horas no serviço, e duas quando permanecer 8 horas.

Horário de Funcionamento

- SEGUNDA A QUINTA FEIRA

Atendimento ao público: 07h às 11h – 13h às 17h

Acolhimento: 07h às 10h30` - 13h às 16h

- SEXTA FEIRA

07h às 11h – Visita domiciliar/ participação em reunião/ eventos / outros

13h às 17h – Estudo de caso

A Rotina de trabalho em um CAPSi inclui:

Recepção – O primeiro contato com o adolescente e responsável será com a recepção, através de telefone ou pessoalmente. Por demanda espontânea ou encaminhamento;

Na recepção, pais e/ou responsáveis receberão informações sobre o processo de acolhimento, e preenchimento da ficha de identificação. Caso o cliente esteja apresentando sintomas agudos de Transtorno Mental grave, terá prioridade no atendimento.

Acolhimento – O acolhimento será feito por profissionais da equipe com nível superior. No acolhimento será feita a escuta e registrada a queixa principal e secundária, efetuada pelos pais ou responsáveis, bem como a escuta e observação da criança e/ou adolescente. Nessa ocasião, também serão levantados dados referentes ao histórico e composição familiar, dados clínicos e sociais.

Após acolhimento, o caso será discutido em equipe para decisão do devido acompanhamento ou encaminhamento, e no caso de haver dúvidas quanto ao perfil do usuário serão realizadas novas avaliações, até que a equipe defina a permanência ou encaminhamento do caso para a rede. Caso o usuário possua perfil para o serviço, os pais ou responsáveis e cliente serão orientados quanto ao projeto terapêutico, estabelecendo dia e hora do atendimento às consultas, oficinas terapêuticas e ou encaminhamento externo, devolutiva e encaminhamento à rede pública de atendimento em saúde e seus motivos individuais e globais da unidade.

Caso contrário, será realizada a devolutiva com a família e feito o encaminhamento para a rede. A avaliação clínica e os procedimentos terapêuticos

serão realizados por profissionais em Pediatria, Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

Projeto terapêutico individual - PTI

O projeto terapêutico individual consiste na definição das propostas terapêuticas para cada usuário. A equipe técnica elaborará um plano terapêutico individual capaz de suprir as necessidades levantadas na avaliação, devendo o mesmo ser apresentado à família através do técnico de referência.

Formas de atendimento

- **Atendimento individual**

A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal que, muito além das palavras, possibilita a observação das emoções, gestos, tons de voz e expressão facial da criança e do adolescente. É importante considerar as especificidades relativas à idade, gênero, orientação sexual, raça, etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade, trabalho, dentre outros aspectos.

A avaliação individual será feita pelos seguintes profissionais: assistente social, psicólogo, enfermeiro, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo. Durante este processo, o profissional deverá fazer uma avaliação dentro de sua área de atuação, elencando as demandas a serem trabalhadas.

- **Atendimento em grupo**

O atendimento em grupo facilita a expressão de sentimentos, troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para os problemas.

As atividades grupais permitem desenvolver a capacidade de ouvir, falar e posicionar-se diante das questões em pauta, estabelecendo um processo coletivo de discussão e reflexão, e construindo uma experiência de reflexão educativa em comum.

- **Oficinas terapêuticas**

Através de sua configuração e metodologia, a oficina terapêutica proporciona espaço de vivência entre os usuários do serviço e técnicos, proporcionando uma rica

intervenção terapêutica, uma vez que se dá por ação em grupo, atingindo, de forma ampla, os campos afetados pelo transtorno/sufrimento psíquico.

As atividades terapêuticas serão desenvolvidas através das seguintes formas: lúdicas; recreativas; de construção e criação, orientadas por membros da equipe técnica do serviço.

- **Visitas e atendimento domiciliar**

A realização de visitas domiciliares apresenta vantagem no sentido de conhecer melhor o contexto de vida dos usuários e a dinâmica de seus familiares, oportunizando o fortalecimento dos vínculos, identificação de situações de risco, como violência doméstica, evasão escolar e adesão ao tratamento.

- **Atendimento à família**

Com abordagem educativa e terapêutica, o atendimento à família visa, orientar os pais ou responsáveis por crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico quanto aos cuidados com higiene, saúde, medicação e direitos dos usuários.

- **Encaminhamento para rede**

O usuário com tal perfil ou sem ele será referenciado na rede de atenção, principalmente no CRAS e CREAS, com a finalidade que sua família seja acompanhada e fortalecida no seu território, auxiliando no atendimento realizado pela unidade.

Porém, Várzea Grande não é o único município com dificuldade de implementar ações na saúde mental para crianças e adolescentes, segundo Couto e Delgado (2015, p. 35):

[...] existência de problemas estruturais que vão requerer ações e investimentos consistentes para que sejam efetivamente superados e não obstaculizem a consolidação da política de SMCA no país. Ainda é insuficiente o número de CAPSi implantados (apenas 183 serviços no ano de 2013), contrastando com a expansão e distribuição regional alcançada pelos CAPS para adultos no mesmo período (cerca de 2000, presentes em todas as regiões do país); são escassas as estratégias de formação para os trabalhadores da rede, comprometendo o pleno exercício do mandato clínico e gestor

inaugurado pelo CAPSi que, por seu caráter inovador, exige acompanhamento e ações de formação permanentes; há enorme fragilidade nos vínculos de trabalho dos profissionais, com forte tendência à terceirização das contratações, baixos salários e ausência de garantias para permanência no sistema de saúde; ainda é incipiente o entendimento de gestores da área da saúde e saúde mental sobre as atribuições do CAPSi no território e na montagem de redes locais, diluindo sua especificidade e contribuindo para sua pequena expansão no território nacional.

O CAPSi é um serviço da saúde mental bem estruturado e poderia dar resposta ao atendimento aos adolescentes com uso abusivo de drogas no município, fazendo articulação com os serviços da educação e assistência social, através do atendimento descentralizado, no território.

c) área da segurança pública

Identificamos, na Delegacia Especializada do Adolescente de Várzea Grande, cuja finalidade é apurar os atos infracionais cometidos por adolescente, que desde 2014 possui uma Equipe Técnica, composta por assistente social e psicólogo (a), os quais tem a responsabilidade de fazer o estudo psicossocial e encaminhar à Rede de Atenção do município. O Relatório de atendimento da equipe, no período de outubro de 2014 a agosto de 2017 totalizou 788 adolescentes acolhidos e atendidos, dos quais 732 do sexo masculino e 56 do feminino, dos quais 96 adolescentes foram atendidos e acolhidos por uso de drogas e/ou tráfico de drogas. Após o atendimento, a equipe realiza o encaminhamento aos seguintes locais: CAPSi, CREAS, Conselho Tutelar, Rede Cidadã, CRAS, Casa de Passagem, Casa de Amparo, Pronto Atendimento, Policlínicas, Secretaria de Educação, Defensoria Pública, Ministério Público e SENAI/MT. Porém, no relatório não consta a contra referência, não possuindo dados sobre o resultado do encaminhamento realizado na rede, o que consigna não haver articulação entre os serviços e nem a existência de trabalho em conjunto, conforme as normativas vigentes estabelecem.

Outro dado levantado foi do Sistema de Registro de Ocorrências Policiais/Polícia Militar/Polícia Judiciária Civil, que demonstra o aumento de adolescentes envolvidos com tráfico e uso ilícito de drogas, e o comparativo entre os atos infracionais:

Tabela 01

Principais Ocorrências envolvendo adolescentes 12 a 17 anos de idade – Município de Várzea Grande/MT	2011	2012	2013	2014	2015
1º Roubo	151	168	146	209	223
2º Tráfico e uso ilícito de drogas	145	87	109	108	169
3º Ameaça	64	87	46	76	76

Fonte: Coordenadoria de Estatística e Análise Criminal – CEAC/SAI/SESP, Cuiabá/MT, 2017

Tabela 02

Principais Ocorrências envolvendo adolescentes 12 a 17 anos de idade – Município de Várzea Grande/MT	2016(JAN A JUN)	2017(JAN A JUN)
1º Roubo	72	52
2º Tráfico e uso ilícito de drogas	49	70
3º Ameaça	45	61

Fonte: Coordenadoria de Estatística e Análise Criminal – CEAC/SAI/SESP, Cuiabá/MT, 2017

Apesar de todas as dificuldades na atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas, o município, em 2017, buscou uma alternativa de implementação das ações de saúde mental, voltadas à atenção à criança e ao adolescente com uso de drogas, através do Projeto REDES, implementado pela Fiocruz e o Ministério da Saúde, o qual teve início em maio/2017. O Projeto REDES, cuja a missão é a de promover a aproximação das políticas de saúde, prevenção, segurança, proteção e inclusão social, objetiva desenvolver metodologias de integração entre as políticas públicas dos municípios, através da constituição de fóruns de gestão compartilhada, de canais de diálogo, de lugares de encontro entre os profissionais das diversas redes, para que debatam e avaliem permanentemente as formas de prevenção, promoção e cuidado à saúde, de inclusão e de exercício da cidadania das pessoas com problemas relacionados às drogas.

Neste projeto estão participando profissionais da saúde, educação, assistência social, conselheiros tutelares e da segurança pública, através de aulas presenciais sobre a temática e a realização de um projeto-piloto em duas

comunidades: São Mateus e Cristo Rei, que, de acordo com dados de Segurança Pública, apresentam alto índice de envolvimento de adolescentes com uso de drogas. Será a primeira experiência de atuação intersetorial com a finalidade de prevenir o uso de drogas, a partir de uma ação no território, envolvendo todas as organizações existentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu o aprofundamento sobre atenção a crianças e adolescente com uso abusivo de drogas, através da análise dos serviços da área da assistência social e saúde, e de que forma a gestão dos serviços no território foi sendo implementada a partir da Constituição Federal de 1988, a qual alterou o marco referencial em relação à população infanto-juvenil, passando, de “menores”, a sujeitos de direitos. Porém, para os adolescentes acometidos de sofrimento mental e os dependentes químicos, a Política de Atendimento à Saúde Mental chegou tardiamente, porque nas, Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, a atenção ao adolescente com uso abusivo de drogas só entrou na pauta de discussão a partir dos anos de 2000, com a implantação do CAPSi, pela saúde, e a tipificação dos serviços socioassistenciais, pelo Conselho Nacional de Assistência Social, trazendo em suas normativas, de forma detalhada, como deveria ser o atendimento a esse público, priorizando as ações intersetoriais e no território.

O estudo nos possibilitou constatar o aumento de uso de drogas por adolescentes, através dos dados das DEA e das ocorrências policiais, no período de janeiro a junho de 2016, que totalizaram 49, e de janeiro a junho de 2017 foram 70, um acréscimo de 30%. Porém, o que se pode constatar é que no Município de Várzea Grande o atendimento ao adolescente com uso abusivo de drogas vai na contramão àquilo que é preconizado pelas Políticas de Saúde e Assistência Social. Considerando que município conta com mais de 200 mil habitantes, tem apenas 1 CAPSi, que atende simultaneamente a duas demandas: crianças e adolescentes com transtorno grave e severo e dependentes químicos, tendo uma equipe mínima, com a responsabilidade de fazer o matriciamento e promover as ações intersetoriais, o que impossibilita ter um atendimento de qualidade e condições de realizar todas as atividades propostas na Portaria 336/2001. Porém, tal situação, pelo estudo que realizamos, não acontece somente em Várzea Grande, uma vez que a Política de Saúde para crianças e adolescentes necessita de vários componentes para se efetivar plenamente:

1. Capacitação das Equipes do Programa Estratégia Saúde da Família – ESF que atuam diretamente no território, podendo realizar ações de prevenção;

2. Aumento da cobertura do ESF no município de Várzea Grande, tendo equipe capacitada em saúde mental;

3. Implantação de serviço de 24 horas que tenham a finalidade de atender adolescentes em crise, permanecendo estabilizado.

4. Que o Projeto Redes, que tem a finalidade de atuar de forma integrada saúde, educação e assistência social, não fique restrito à Região do São Mateus e Cristo Rei, mas se estenda a outros espaços.

5. Que seja consolidado o fluxo de atendimento aos adolescentes com uso de drogas pelas Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social.

Outra área que necessita de maior articulação e atuação em rede é a da Segurança Pública, porque, após o adolescente ser detido por tráfico e uso de drogas, é encaminhado à DEA – Delegacia Especializada do Adolescente, que faz o atendimento e encaminhamento à rede de atenção, porém, no relatório da equipe técnica da DEA não encontramos qualquer dado que constataste a contra referência, ou seja, a devolutiva do atendimento realizado pelo serviço da saúde, educação e assistência social. Isso demonstra a desarticulação da rede de atenção a todos os serviços necessários ao atendimento para o adolescente com uso abusivo de drogas e à sua família.

Apesar de a legislação vigente ter mudado o paradigma do atendimento às crianças e adolescentes no país, observamos que uma lei por si só não muda a forma de atendimento dos profissionais, não acaba com os preconceitos, pois aqueles que lutaram e lutam pela garantia dos direitos humanos da população juvenil precisam no seu dia-a-dia sensibilizar outros profissionais, numa luta diária para realização de ações intersetoriais que tenham o objetivo de fazer com as pessoas saiam no seu quadro e entendam que as pessoas vivem em família, comunidade e sociedade devem ser atendidas em sua totalidade e no território.

Esta dificuldade, de trabalhar de forma integrada, aumenta, quando se trata de adolescentes com uso abusivo de drogas, porque alguns profissionais não sabem lidar com a problemática, muitas vezes por preconceito com o dependente químico, acreditando que a internação ou prisão constitui a única solução.

Em relação à intersetorialidade na saúde mental, a questão do financiamento público é um problema sério, visto os poucos investimentos para ampliação dos serviços nos territórios, conforme foi possível constatar no Plano Municipal da RAPS

de Várzea Grande-MT. Os documentos analisados não apresentam efetivamente propostas de implementação na atenção para o adolescente com uso abusivo de drogas, centrando apenas na atenção à crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Assim, constitui-se um desafio realizar a atenção a esse público de forma intersetorial, e garantir que a gestão do SUS assuma, de forma real, seu comprometimento com a implementação das ações de saúde mental das crianças e adolescentes, em especial àqueles com uso abusivo de drogas, oferecendo condições à equipe do CAPSi para realização das funções descritas na RAPS, como o matriciamento e intersetorialidade nos territórios.

Outro instrumento importante na efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes é o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, que até 2017 o CDMCA não finalizou sua elaboração. O Plano de Ação aprovado data de 2015, e sua validade também expirou, o que dificulta o cumprimento do art. 86 do ECA. Dessa forma, não é possível garantir os direitos da população infanto-juvenil do município sem o cumprimento da norma legal, que é ter um plano capaz de direcionar as ações, assim como cobrar do Poder Público Municipal a implantação e/ou implementação de serviços da área da saúde e assistência social, para atender os adolescentes com uso abusivo de drogas.

Com todos os desafios postos para implementação do atendimento ao adolescente com uso abusivo de drogas, reafirmo a frase de Neide Castanha, 2009: ***Criança não é propriedade de ninguém. Criança é de todos nós, criança é de todo o mundo, é deste País inteiro.*** Precisamos de ações intersetoriais no território realizando a prevenção e intervenção e, muito mais, dando voz a estes adolescentes e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual de Campinas UNICAMP, Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

BRASIL. **ABC DO SUS – Doutrinas e Princípios**. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de atenção à Saúde. 5 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm, acessado no dia 20 de setembro de 2014.

_____. Governo Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, Diário Oficial de União, 19 ago.1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/ GM nº336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 30 dez. 2011, p. 59-60.

_____. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

_____. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**: proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Congresso Nacional, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 set 2016.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei nº 8.089/1990. Brasília, 1990. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm . Acesso em 15 de setembro de 2016

EISENTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adoles Saúde**. 2 (2) p. 6-7, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. **Escola que Protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. 12 ed., Brasília/DF: Educação para Todos, 2008.

JUNQUEIRA, Luciano A. P., INOJOSA, R. M.; **Desenvolvimento Social e intersectorialidade: a cidade solidária**, São Paulo: FUNDAP, 1997.

MINAYO, C. S. de. **O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1992.

MULLER, J.S.N. Políticas de Saúde no Brasil: descentralização e democratização. In: MULLER, J.S.N. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil**: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010.

PAIM, J.S. **A reforma sanitária brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PEREIRA, Potyara A. P. **A Intersectorialidade das Políticas Sociais numa Perspectiva Dialética**. Campinas: Papel Social, 2014.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política social**: temas & questões. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009^a.

PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.S.; LIMA, G.P.; BASTO, V.C.; SAMPAIO, H.A.C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolutividade. **Ciência & Saúde**, São Paulo, 17 (3), p. 653-660, 2012.

RIBEIRO, C.C.; RIBEIRO, L.A.; OLIVEIRA, A.G.B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enferm.**, Cuiabá, 13 (4), p. 548-557, 2008.

VÁRZEA GRANDE. **Rede de Atenção Psicossocial-RAPS**: análise situacional. Grupo condutor municipal das RAS. Várzea Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

Sites

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=51&VMun=510840
acesado 26/06/2017

<http://cod.ibge.gov.br/184WY>, acessado em 04 de agosto de 2017

http://cidades.ibge.gov.br/xtras/grafico_cidades.php?lang=&codmun=510840&idtema=156&search=mato-grosso|varzea-grande|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2015 acesso em 07 de setembro de 2017