



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 5, volume 5, artigo nº 120, Julho/Dezembro 2019
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n5a120>
Edição Especial

Políticas Públicas de Drogas no Brasil para o atendimento à adolescentes: Uma discussão necessária

Ana Karolina Pereira Florindo

Warllon de Souza Barcellos

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas vem se tornando cada vez mais frequente, inclusive por adolescentes. Neste contexto, faz-se necessário analisar a importância da atuação do assistente social junto a esse grupo. Sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo analisar as práticas adotadas pelos profissionais de Serviço Social no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) no município de Campos dos Goytacazes. Inicialmente, a pesquisa bibliográfica mostra que as publicações sobre o tema aumentam de um ano para o outro, justificando sua importância.

Palavras chave: Saúde mental, Serviço Social, Saúde, Política Pública de Saúde, adolescente.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances is becoming more and more frequent, including adolescents. In this context, it is necessary to analyze the importance of the role of the social worker in this group. Therefore, the present study had the objective to analyze the practices adopted by the Social Service professionals in the CAPSi (Child Psychosocial Care Center) in the municipality of Campos dos Goytacazes. Initially, the bibliographic research shows that the publications on the theme increase from one year to another, justifying its importance.

Key words: Mental Health, Social Work, Health, Public Health Policy, Adolescent.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 JUSTIFICATIVA	6
1.2 OBJETIVOS	6
2. A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL	6
2.1. AS DROGAS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	7
2.2. ACONTECIMENTOS NA HISTÓRIA – LEIS VIGORADAS	7
2.3. O PROIBICIONISMO	8
2.4. SURGIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AOS USUÁRIOS DE DROGAS	9
2.5. REDUÇÃO DE DANOS – BREVE HISTÓRICO	10
2.6 SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	11
3. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE DROGAS – BREVE DISCUSSÃO	12
3.1. POLÍTICA NACIONAL DE ALCOOL E DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS	13
3.2. OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
5. REFERÊNCIAS	16

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta uma pesquisa bibliográfica, que pode ser classificada como exploratória e descritiva, isto porque tem uma abordagem quanti-qualitativa, que versará sobre o adolescente que faz uso de substâncias psicoativas.

Para o tratamento dos usuários de drogas é preciso integrar as políticas entre diferentes unidades da federação, instâncias de governo e sociedade civil, sendo uma das objeções aos gestores dos serviços públicos (municipal, estadual e federal). Além disso, é necessário aprofundar debates para o estabelecimento de direitos universais, como estabelecer a não imposição de condicionalidades. A estimativa é que assim será possível seguir avançando na diminuição das desigualdades sociais no Brasil, reduzindo também, os problemas causados pelo uso de drogas. (BARCELLOS, 2018)

A criação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e suas ações nos anos 80 e 90, contribuem para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de uma malha de serviços para os usuários, mesmo que em pequena escala. (BARCELLOS 2018)

De acordo com Oliveira (2016), o uso abusivo de substâncias psicoativas, caracterizado como transtorno mental, tornou-se preocupação mundial devido ao seu alto impacto, frequência e riscos à saúde dos usuários. Essas substâncias são utilizadas pelas mais diversas populações, em diferentes ocasiões e constituem grande problema social. Algumas populações são mais vulneráveis ao uso dessas substâncias, como as crianças e adolescentes.

Na maior parte das vezes, o adolescente usa a substância como um meio para ter aceitação ou se inserir em grupo de amigos, além de funcionar como um mecanismo de fuga e de enfrentamento das situações e sentimentos negativos, como inseguranças, medos, estresse, cobranças, entre outros. (SILVA, 2017)

Segundo Sanchez (2009), a dependência pelo uso de substâncias psicoativas ocorre mais rápido entre os adolescentes do que nos adultos, pois os adolescentes são mais propensos a usar várias substâncias ao mesmo tempo, apresentando maior risco de adquirir doenças psiquiátricas.

Segundo Nunes (2014), drogas e crianças pobres – apesar dos avanços a partir da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90 - são frequentemente criminalizadas na sociedade, e são assuntos tratados principalmente pelo viés jurídico. Ao final do século XIX, atribui-se à criança pobre a denominação “menor” e a esta passa a ser associado o referencial jurídico estigmatizante. A situação de uso de drogas será sempre associada a estes atores como característica de seu modo de vida.

1.1 Justificativa

O tema foi escolhido pois é um assunto atual e que é abrangente no campo de estágio, e que chama muito atenção, pois o número de pacientes que frequentam o CAPS devido ao uso de substâncias psicoativas é muito relevante, visto que muitas crianças e adolescentes estão se inserindo nesse mundo das drogas.

De acordo com a realidade vista no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), dos adolescentes usuários de substâncias psicoativas, percebe-se que a maioria teve muita curiosidade em experimentar, e tiveram grande influência das pessoas ao seu redor, que já faziam uso. É importante ressaltar que muitos vivem na zona de pobreza, abandono do(s) pai(s) biológico(s), dentre outros fatores significativos. Supõe-se que uma solução possa ser um projeto de informação para esses adolescentes, onde eles terão ocupação e responsabilidades de forma dinâmica, com outras pessoas, e possam se distanciar do universo das drogas.

1.2 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é compreender a atuação do Assistente Social e analisar como é realizado o trabalho com adolescentes que são pacientes do CAPSi, devido ao uso de substâncias psicoativas.

Dentre os objetivos específicos, pretende-se apresentar aspectos sobre Saúde e Drogas no Brasil, relatar a trajetória do Serviço Social na saúde mental e discorrer sobre as práticas realizadas pelos profissionais.

2. A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL

Transformações intelectuais típicas do século XX, em que explodem sentimentos, busca

pela sensibilidade, por separação da realidade materialista, consumista, ou mesmo ondas de depressões e problemas psicológicos causados pelo ritmo de vida urbano, fazem do uso de “drogas” uma opção alternativa de hábitos, prazeres ou mesmo soluções e fuga dos problemas. (GERALDO, 2010).

2.1 As drogas como um problema de saúde pública

A visão de que as drogas seriam tanto um problema de saúde quanto de segurança pública, desenvolvida pelos tratados internacionais da primeira metade do século passado, foi paulatinamente traduzido para a legislação nacional. Até que, em 1940, o Código Penal nacional confirmou a opção do Brasil de não criminalizar o consumo.

Segundo Roberta Duboc Pedrinha, especialista em Direito Penal e Sociologia Criminal:

“Estabeleceu-se uma “concepção sanitária do controle das drogas”, pela qual a dependência é considerada doença e, ao contrário dos traficantes, os usuários não eram criminalizados, mas estavam submetidos a rigoroso tratamento, com internação obrigatória.” (PEDRINHA, Roberta, 2011)

Porém, Roberta Pedrinha diz que o golpe militar de 1964 e a Lei de Segurança Nacional (Lei n^o 7170 promulgada no dia 14 de dezembro de 1983) deslocaram o foco do modelo sanitário para o modelo bélico de política criminal, que equiparava os traficantes aos inimigos internos do regime.

2.2 Acontecimentos na história – Leis vigoradas

Em 1973, o Brasil aderiu ao Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos e, com base nele, promulgou a Lei 6.368/1976 (Lei de Drogas n^o 6.368 de 21 de outubro de 1976), que separou as figuras penais do traficante e do usuário. Além disso, a lei fixou a necessidade do laudo toxicológico para comprovar o uso.

Finalmente, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada no dia 5 de outubro de 1988, determinou que o tráfico de drogas é crime inafiançável e sem anistia. Em seguida, a Lei de Crimes Hediondos (Lei 8.072/90 de 21 de dezembro de 1989) proibiu o indulto e a liberdade provisória e dobrou os prazos processuais, com o objetivo de aumentar a duração da prisão provisória.

Já a Lei de Drogas (Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006) eliminou a pena de prisão para

o usuário e o dependente, ou seja, para aquele que tem droga ou a planta para consumo pessoal. A legislação também passou a distinguir o traficante profissional do eventual, que trafica pela necessidade de obter a droga para consumo próprio e que passou a ter direito a uma sensível redução de pena.

Segundo Machado (2013), o uso e o abuso de drogas lícitas e ilícitas não é um fenômeno da modernidade. Há milhares de anos, o homem faz uso de substâncias psicoativas por várias razões, como motivos religiosos ou culturais, para facilitar a socialização e mesmo para se isolar. Por uma ou outra razão, o que a história da humanidade parece indicar é que as drogas, em geral, sempre estiveram presentes na sociedade humana, e, considerando-se essa história, certamente continuarão acompanhando o caminhar da humanidade. Além disso, se muitas são as razões para o uso de drogas, também foram várias as formas que a sociedade adotou para avaliar esse consumo.

2.3 O Proibicionismo

No início do século XIX, vários países adotaram, no que tange às drogas ilícitas, medidas referentes ao campo da segurança e da Justiça. Tais medidas tinham como modelo de intervenção a repressão, o proibicionismo e a estratégia de guerra às drogas. Essa estratégia prioriza a redução da oferta de drogas e relega a segundo plano a prevenção ao uso, tendo como principais pilares o modelo moral e criminal, que preconiza o enfrentamento das drogas pelo encarceramento dos usuários, e o modelo de doença, segundo o qual a dependência de drogas é tratada como uma patologia de origem biológica (Alves, 2009).

São características das políticas proibicionistas e definidas como medidas de alta exigência, ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas, que impõem a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento. A denominação guerra às drogas desvela o objetivo maior dessas políticas, que é criar uma sociedade livre das drogas. Dessa forma, as táticas de repressão e as sanções desenvolvidas pelos Estados Unidos, incluindo aparato eletrônico de vigilância, testes de drogas, novas leis e prisões compulsórias relacionadas às drogas, foram adotadas em muitos países, e o aparato policial e os espaços em prisões destinados a esse fim aumentaram dramaticamente, inclusive no Brasil (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003, p. 358).

Não obstante, os resultados dessa estratégia passaram a ser questionados, visto que o consumo de drogas continuava crescendo em nível mundial e não era oferecido atendimento à saúde das pessoas que não desejavam ou não conseguiam parar de usar drogas. Pelo contrário, essas pessoas eram estigmatizadas e as políticas de tratamento nessa perspectiva eram negligenciadas.(Machado, 2013).

2.4 Surgimento das Políticas Públicas direcionadas aos usuários de drogas

No Brasil, a história do percurso da criação de políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas, à repressão ao tráfico e à prevenção de maneira geral é relativamente recente. Até a década de 20, não havia qualquer regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no País. Esse período, marcado pelo desenvolvimento da industrialização, constituiu-se como o marco inicial no Brasil do controle sobre drogas, e resultou na publicação de uma lei restritiva ao consumo dessas drogas, com punições àqueles usuários “que não seguissem as recomendações médicas” (*As Transformações das Políticas Públicas Brasileiras*, 2009, p. 11).

Na época, as drogas combatidas eram, principalmente, o ópio e a cocaína. Essa primeira medida registrada e as que se sucederam eram provenientes do campo da Justiça e da segurança pública, e demandavam, para os usuários de drogas ilícitas, internação e isolamento social (Machado & Miranda, 2007).

Na década seguinte, mais precisamente em 1938, foi publicada uma regulamentação sobre drogas que reconhecia a necessidade de fiscalizar o uso de entorpecentes. Essa regulamentação foi estabelecida no Decreto- Lei n.º 891, que reafirmava a condenação do ópio e da cocaína e incluía nessa classe drogas como a maconha e a heroína. Quanto ao uso, o mesmo documento classificou a toxicomania como “doença de notificação compulsória”, que não podia ser tratada em domicílio. Nesses casos, ou até mesmo nos de intoxicação por bebidas alcoólicas, a internação em hospital psiquiátrico era tida como obrigatória quando determinada pelo juiz, ou facultativa, como indica o artigo 29, parágrafo 1º, do Decreto (Brasil, 1938):

Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo

determinado ou não. (...) A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial. (Machado, 2013).

A alta médica, por outro lado, era autorizada quando o médico responsável afirmasse a cura do toxicômano, comprovada por meio de testes e de exames (Brasil, 1938). Para Garcia, Leal e Abreu (2008), esse Decreto-lei, incorporado ao Código Penal de 1941, correspondia às aspirações do governo Getúlio Vargas para conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador. Entrava em cena o ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado posteriormente, na década de 70, com a publicação da Lei n.º 6.368/1976 (Lei de Drogas nº 6.368 de 21 de outubro de 1976).

Até a década de 80, as ações de redução da oferta diminuíram ou até mesmo anularam os investimentos em saúde pública e em prevenção, tratamento e reinserção social, concentrando nos âmbitos da Justiça e da segurança pública grande parte dos recursos públicos destinados à problemática das drogas (Cruz, Sáad, & Ferreira, 2003).

Essa lacuna na saúde pública em relação à assistência aos usuários de drogas favoreceu a expansão das comunidades terapêuticas, modalidade de atendimento de cunho religioso e não governamental que se estende até os dias atuais e que novamente reforçou a manutenção do cuidado com o usuário de drogas fora do setor público de saúde (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007).

2.5 Redução De Danos – Breve Histórico

A estratégia de redução de danos pode ser definida como mais uma maneira de se abordar o usuário de drogas, descentrando o foco do problema da erradicação e da abstinência e privilegiando o direito à saúde de todos e o respeito à liberdade individual daquele que não deseja ou não consegue interromper o uso da droga. Como a história indica, essa estratégia surgiu como uma medida de prevenção em resposta à epidemia do contágio por HIV, às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a hepatites. (Machado, 2013).

Apesar de os estudos indicarem que já no ano 1926, no Colégio de Médicos Britânicos e

no Comitê Rolleston, na Inglaterra, pensava-se na distribuição de seringas higienizadas para os usuários de heroína (Carlini, 2003), foi só bem mais tarde, na década de 80, inicialmente em Amsterdã, Holanda, que a estratégia de redução de danos começou a ganhar corpo. A partir da articulação do movimento social, que reivindicava melhores condições de saúde e qualidade de vida para os usuários de drogas (Alves, 2009), essa medida de saúde pública, restrita inicialmente aos programas de trocas de seringas usadas por seringas sem uso para usuários

de drogas injetáveis – UDIs – estendeu-se para outros países, como a Austrália, o Canadá, a França, a Escócia e a Inglaterra. Desde seu início, a redução de danos foi de encontro à estratégia proibicionista norte-americana de guerra às drogas, uma vez que não priorizava a abstinência como meta de suas ações.

Por entrar em conflito com as disposições da Lei nº 6.368/1976 (Lei de Drogas nº 6.368 de 21 de outubro de 1976), vigente naquele período e posteriormente revogada pela Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, a estratégia de redução de danos era e continua sendo avaliada por alguns segmentos, dentre eles a Igreja Católica e a polícia federal, como incitação ao uso de drogas ilícitas e, em consequência, como crime (Machado & Miranda, 2007, p. 809).

2.6 Situação de Vulnerabilidade

No que se refere ao fenômeno das drogas, a transição do conceito de um comportamento de risco a uma situação de vulnerabilidade permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, a droga perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual. Até então, a perspectiva das estratégias proibicionistas de guerra às drogas não abria espaço para essa reflexão e para a compreensão da droga como um fenômeno multideterminado. (Machado, 2013).

Dessa forma, o conceito de *vulnerabilidade* favoreceu a compreensão da estratégia de redução de danos, ampliando-a da prevenção exclusiva da AIDS por meio dos programas de trocas de seringas para a concepção de redução de danos sociais e à saúde. Passou-se a perceber que as ações de redução de danos deveriam ser planejadas de acordo com o contexto sociocultural em que seriam aplicadas. (Machado, 2013)

Além disso, a estratégia de RD tende a uma formatação mais humanitária, ou ainda,

caracteriza-se como uma medida de baixa exigência, em contraposição às estratégias proibicionistas de alta exigência, uma vez que não estabelece como meta inicial para o tratamento a abstinência do uso da droga e pressupõe que a atenção à saúde chegue até o usuário, onde quer que ele se encontre, e não o contrário (Dias, 2003)

Dias (2003, p. 314) acrescentam que, no estabelecimento de políticas públicas de redução de danos, deve-se delimitar qual dano se pretende minimizar a partir do estudo da relação entre a pessoa que faz uso da droga, da droga propriamente dita e dos danos a ela associados.

Czeresnia (2003) ressalta que as estratégias formuladas de baixo para cima, ao promoverem uma lacuna científica, ou seja, ao abrirem espaço para o saber popular, ampliam as possibilidades de construir uma nova visão de saúde, focada nas condições de enfrentamento do sujeito, e não exclusivamente no binômio prevenção-doença. Essa visão vai ao encontro do conceito de vulnerabilidade, que prioriza, como estratégia de cuidado, a informação e os recursos que transcendem o campo da saúde para que os usuários de drogas possam agir com autonomia em prol de sua própria saúde: “a mudança para um comportamento protetor na prevenção (...) não é a resultante necessária de ‚informação+vontade‘, mas passa por coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos (...)” (Ayres, 2003, p. 121).

Para Dias (2003, p. 343), a face política da redução de danos está no fato de que “nunca deveria ser motivo para a exclusão do tratamento” a recusa da pessoa em se tomar abstinência, além de ter como princípios a neutralidade moral, ou seja, aquele que pretende reduzir os danos decorrentes da droga não se posiciona contra ou a favor do uso, mas isenta-se de *posições ideológicas*.

Como estratégia de prevenção no campo da saúde, a estratégia de redução de danos, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde, pode ser alocada no nível da prevenção terciária, em que já não existe a pré-condição de abolir o uso de drogas, mas em que se busca minimizar as consequências dos danos, que certamente vão ocorrer (Carlini, 2003).

3. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE DROGAS – BREVE DISCUSSÃO

A estratégia de redução de danos foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, de modo que, nas duas últimas décadas, as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e de outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 (promulgada no dia 6 de outubro de 2001), que legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental.

Essa lei reconhece aos portadores de transtorno mental o direito ao tratamento e à reinserção social, priorizando a rede extra-hospitalar de cuidados. Não obstante, nesse mesmo ano, de grande importância para a atenção em saúde mental no Brasil, pela realização da *III Conferência de Saúde Mental* e pela promulgação da Lei nº 10.216/2001, ocorreu paralelamente o *2º Fórum Nacional Antidrogas*, ainda com enfoque no proibicionismo, o que possivelmente reforçou a dificuldade de articulação das duas áreas, a da saúde e a da segurança pública, processo que se arrasta ao longo de décadas no que se refere à problemática das drogas, principalmente as ilícitas (Machado & Miranda, 2007).

Ainda em 2001, foi aprovada a Política Nacional Antidrogas – PNAD – que leva o antidrogas em sua denominação, propagando o discurso proibicionista e idealizando uma sociedade livre do uso de drogas (Alves, 2009); porém, contraditoriamente, a PNAD também apoia a criação e a implementação de estratégias de redução de danos para o indivíduo, grupo social ou comunidade, com enfoque na prevenção das doenças infecciosas e na formação de redutores de danos (Brasil, 2001b).

Nessa política e em outras que foram elaboradas posteriormente, como a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005), a estratégia da redução de danos se alinha aos pressupostos dos direitos do usuário, da universalidade do acesso à assistência e da descentralização do atendimento.

3.1 Política Nacional de Álcool e Drogas e a Redução De Danos

No ano 2005, a PNAD teve seu nome modificado e ocorreram outras disposições da política balizadora das ações no âmbito da prevenção, tratamento, reinserção social e

repressão ao tráfico. Hoje seu nome passou a ser Política Nacional sobre Drogas, e tem como princípio a redução de danos (Brasil, 2005). Essa mudança, aparentemente de caráter semântico, representou o desejo de reverter o foco da PNAD, que trazia como bandeira a guerra às drogas, e de resgatar o usuário nessa discussão (Garcia; Leal & Abreu, 2008).

A estratégia de redução de danos vem conquistando espaço no âmbito das políticas públicas no País: foi contemplada no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD (Brasil, 2009) como meta e estratégia a ser seguida, e ainda no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010). Embora a estratégia de redução de danos não esteja prevista diretamente no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, aparece subentendida no rol dessas estratégias e nas experiências bem-sucedidas tomadas como referência para as ações do plano.

Embora estratégias como a redução de danos tenham conquistado espaço na agenda pública brasileira a partir da década de 90, em vista da necessidade de respostas eficazes à epidemia da AIDS, resgatando o enfoque na prevenção e os direitos à saúde do usuário de drogas, sua implementação e compreensão ainda se apresentam incipientes. Atualmente, a redução de danos depara com inúmeros desafios, que demandam uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas no contemporâneo, a fim de formular ações diversificadas que vão além do uso de drogas injetáveis e da prevenção de doenças infecciosas, como a AIDS. (Machado, 2013)

Segundo a Política Nacional sobre Drogas, do Decreto Nº 9.761/2011, o uso de drogas na atualidade é uma preocupação mundial. Entre 2000 e 2015, houve um crescimento de 60% no número de mortes causadas diretamente pelo uso de drogas, sendo este dado o recorte de apenas uma das consequências do problema. Tal condição extrapola as questões individuais e se constitui como um grave problema de saúde pública, com reflexos nos diversos segmentos da sociedade. Os serviços de segurança pública, educação, saúde, sistema de justiça, assistência social, dentre outros, e os espaços familiares e sociais são repetidamente afetados, direta ou indiretamente, pelos reflexos e pelas consequências do uso das drogas.

Por isso, desenvolver estratégias voltadas para o público mais jovem é de fundamental relevância, considerando que os efeitos negativos do uso sobre este grupo etário são maiores quando comparados a grupos mais velhos, sendo a adolescência um período crítico e de risco

para o início do uso. De forma associada a esse quadro é necessário também refletir sobre o fato de que há comorbidades associadas como, por exemplo, a depressão, que se apresenta com maior prevalência entre abusadores de álcool. Identificou-se que 5% da população brasileira já realizou alguma tentativa de suicídio, destas 24% associadas ao consumo de álcool, o que remete à necessidade de atuar diretamente sobre tal realidade.

3.2 Objetivos da Política Nacional sobre Drogas

Entre os objetivos da Política Nacional sobre Drogas estão a conscientização e proteção a sociedade brasileira dos prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública representados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas e conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso, o uso indevido e a dependência de drogas ilícitas financiam as organizações criminosas e suas atividades, que têm o narcotráfico como principal fonte de recursos financeiros.(PNAD, 2019).

Também, garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade. (PNAD, 2019)

Segundo o Decreto Nº 9.761/2011, o Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade, incluídos os usuários, os dependentes, os familiares e as populações específicas, possa assumir com responsabilidade ética o tratamento, o acolhimento, a recuperação, o apoio, a mútua ajuda e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente pelos órgãos da administração pública na abordagem do uso indevido e da dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de atender ao objeto principal do trabalho que é contextualizar o trabalho do assistente social, frente ao adolescente usuário do CAPSi que faz uso de substâncias psicoativas, foi realizada uma pesquisa bibliográfica centralizada nesse tema, para ressaltar a importância desse profissional e do dispositivo para estes adolescentes.

Dessa forma, o assistente social é peça fundamental na equipe, pois o profissional de Serviço Social irá atuar e intervir nas expressões da questão social apresentadas por cada adolescente, orientando o mesmo em relação aos seus direitos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.

As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. (2009, nov.). *Psicologia: Ciência e Profissão – DIÁLOGOS*, 6(6), 11-13.

AYRES, J. R., Júnior, I. F., Calazans, G. J., & Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*(pp. 117 - 139). Rio de Janeiro: Fiocruz.

BARCELLOS, Warllon de Souza. **O exercício profissional do serviço social nas políticas de saúde mental e drogas** / Warllon de Souza Barcellos, Miriam Thaís Guterres Dias, Andréa Valente Heidrich. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. 258p.

BRASIL. (1938). *Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes*. Recuperado em 14 outubro, 2010, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/1937-1946/De10891.htm>.

BRASIL. (1976). *Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica*. Recuperado em 15 abril, 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm.

BRASIL. (2010). *Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências*. Recuperado em 13 janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm.

BRASIL. Assembleia Legislativa. Constituição (2019). Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. **Política Nacional Sobre Drogas..** Brasília, DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO: Imprensa Nacional, 11 abr. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrW0TZC2Mb/content/id/71137357/do1e-2019-04-11-decreto-n-9-761-de-11-

de-abril-de-2019-71137316>. Acesso em: 05 ago. 2019.

CARLINI, E. A. (2003). Posicionamento da Unifesp sobre redução de danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 363-370.

CZERESNIA, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia (Org.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DIAS, J. C., Scivoletto, S., Silva, C. J. da, Laranjeira, R. R., Zaleski, M., & Gigliotti, A. et al. (2003). Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 341-348

GARCIA, M. L. T., Leal, F. X., & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 267-276.

GERALDO, Myleo. **DROGAS: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL**. Disponível em: <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/drogas/drogas-breve-contextualizacao-historica-social.htm>>. Acesso em: 15 set. 2019.

MACHADO, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(3), 801-821.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *SciELO*, Brasília, v. 33, n. 3, p.580-595, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NUNES, Rosane Siqueira. **O TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS QUE VIVEM NAS RUAS: EXPRESSÕES DE UM CONFLITO SOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**. (syn)thesis, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.11-17, ago. 2014.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de et al. PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA USUÁRIOS DE DROGAS. *Revista de Enfermagem: UFPE Online*, Recife, v. 2, n. 10, p.475-484, fev. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em: 28 set. 2018.

PEDRINHA, Roberta Duboc . Breves apontamentos acerca da política criminal e da instituição policial na contemporaneidade.. Passagens: Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica , v. 3, p. 167-186, 2011.

SANCHEZ, X Samper; KNIGHT, J.r.. Drug abuse by adolescents: General considerations. *Pediatrics In Review*, Boston, v. 30, n. 3, p.83-93, mar. 2009.

SILVA, Meire Luci da; ROSA, Sambleisse Sodré. **Jogos e música: recursos terapêuticos ocupacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas.** *Adolescência e Saúde*, p. 58-65, 2017.