

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL



**A INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES E JOVENS
NAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DE INTERNAÇÃO**

Gabriela Clarisse Marques Holzmann

2º Semestre de 2015

Brasília / DF.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES E JOVENS
NAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS DE INTERNAÇÃO**

Gabriela Clarisse Marques Holzmann

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito para a obtenção do título de
Graduada em Serviço Social pela Universidade
de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Lúcia Pinto Leal

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Maria Lúcia Pinto Leal

Prof^ª. Ms. Patrícia Cristina Pinheiro de Almeida

Janisse de Oliveira Carvalho

2º Semestre de 2015

Brasília / DF.

RESUMO

O presente trabalho visa analisar a Intersetorialidade no Enfrentamento do uso de Substâncias Psicoativas por Adolescentes e Jovens nas Medidas Socioeducativas de Internação. Tendo em vista que essa temática está para além de medida socioeducativa, sendo considerada também, um problema de saúde pública, é necessário que se analise os impactos na qualidade de vida desse jovem e adolescente (saúde, educação, família, relações afetivas, etc.) e considere-se que não é suficiente proibir o uso de substâncias psicoativas, ou simplesmente utilizar de práticas de policiamento ou instrumentais que pouco mudariam a realidade do jovem fragilizado, deve-se, pois, criar uma reflexão e conscientização, para que o mesmo crie seu papel de independência e autonomia, auxiliado pelas políticas sociais necessárias ao seu desenvolvimento. Realizar tal estudo pode contribuir para a percepção dos processos de vulnerabilidade, que associados às condições da institucionalização de jovens e adolescentes em medidas de socioeducação acaba tornando complexo o enfrentamento dessa questão.

Palavras-chave: Adolescentes. Substâncias Psicoativas. Intersetorialidade. Políticas Sociais.

ABSTRACT

This study aims to analyze the Intersectoriality in Confronting the use of psychoactive substances by adolescents and young people in the Socio-Educational Measures of Internment. Given that this issue is beyond socio-educational measures, and is also considered a public health problem, it is necessary to analyze the impacts on the quality of life of this adolescent (health, education, family, personal relationships, etc.) and consider that it is not enough to ban the use of psychoactive substances, or simply use policing practices or instrumentals that little would change the reality of these teens, it must therefore create a reflection and awareness, so that he can create its role of independence and autonomy, aided by social policies that are necessary for his development. Carry out such study may contribute to the perception of the vulnerability which associated with the conditions of institucionalization, in socio-education, can measure the complex confront in this issue.

Keywords: Teenagers. Psychoactive Substances. Intersectoral. Social Policies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA	11
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1.CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	13
3.2.A POLÍTICA DA SOCIOEDUCAÇÃO EM INTERFACE COM A SAÚDE: UM ESFORÇO PARA A INTERSETORIALIDADE	27
4. DISCUSSÃO	38
4.1.AS POSSIBILIDADES E DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE NA SOCIOEDUCAÇÃO E SAÚDE.....	38
4.2.AS POSSIBILIDADES DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL PERANTE O USO DE DROGAS FEITO POR ADOLESCENTES.....	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
6. REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	61
ANEXO I – Lista de Abreviaturas e Siglas	61

1. INTRODUÇÃO

As questões sociais que envolvem o adolescente que cometeu atos infracionais são uma evidência clara sobre como o Estado tem se mantido omissivo na efetivação e propagação dos seus direitos fundamentais (e a exclusão dos mesmos, tais como: saúde e educação de boa qualidade, condições para um vínculo familiar saudável, na qual, em sua ausência, poderia acarretar na precarização das relações afetivas). Tal questão se agrava ainda mais, quando vemos essa parcela de jovens em medidas socioeducativas fazendo uso abusivo de substâncias psicoativas.

Diante dessa realidade, os impactos na qualidade de vida (saúde, educação, família, relações afetivas, etc.) levam a processos de vulnerabilidade que, associado às condições de institucionalização de jovens e adolescentes em medidas de socioeducação, tornam complexo o enfrentamento dessa questão. Desta forma, este estudo tem como objeto a análise das ações de saúde no enfrentamento de substâncias psicoativas utilizadas por adolescentes e jovens e a Intersetorialidade que esta faz com a medida socioeducativa de internação.

Como objetivo geral, visamos analisar como ocorre a intersectorialidade das medidas socioeducativas das medidas de internação com as ações de saúde conforme dita a lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) 2012. Nos objetivos específicos, têm-se o intuito de: categorizar um levantamento de leis, políticas e planos referentes à questão do uso de substâncias psicoativas (SPAs); identificar a questão da intersectorialidade como princípio que norteia a política do SINASE e sua interlocução com a saúde; analisar como se dá a intersectorialidade entre a política de socioeducação e a saúde.

Importante ressaltar que não podemos analisar tal temática sem constatar que ela se adentra principalmente na questão da saúde mental, além de dever ser vista também como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, em seu programa de Atenção Psicossocial direcionada às crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS), as crianças e adolescentes constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde, já que seu ciclo de vida particularmente “saudável” evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande número, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, vulnerabilizam-nos e os conduzem para situações de violência e adoecimento. Riscos estes que, muitas vezes, são produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de

violência) podendo influenciar no gozo dos direitos e nas oportunidades a qual adolescentes e jovens brasileiros têm acesso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

É necessário também explicitar que não é suficiente proibir o uso dessas substâncias, ou simplesmente utilizar de práticas de policiamento ou instrumentais que pouco mudariam a realidade do jovem fragilizado, deve-se, pois, criar uma reflexão e conscientização do mesmo, pois o adolescente que cumpre medida de internação e tem o agravante do uso contínuo de substâncias psicoativas sofre com uma ruptura aos seus direitos. Estando em situação agravada e em necessária reconceituação do papel social que irá desempenhar, deve ser acompanhado a partir do momento que é acolhido na instituição, junto aos seus familiares e políticas sociais para dali, seguir com autonomia e uma ressignificação social. Para isso, é necessária uma mudança e aprimoramento no acompanhamento que é feito a esses adolescentes e se atentar que há um desafio muito grande nessa temática, pois vê-se uma delicada trajetória histórica e a totalidade do contexto social deve ser considerada para se romper com a abordagem focada no modelo exclusivamente hospitalocêntrico ou higienista.

Neste contexto, lançamos a seguinte questão: as medidas de socioeducação de internação realizam a intersetorialidade com a saúde para enfrentar o uso de substâncias tóxicas com adolescentes e jovens?

2. METODOLOGIA:

A metodologia trata de uma análise bibliográfica e documental, buscando por meio de revisão de literatura algumas categorias de análise, como política social, socioeducação, saúde, intersetorialidade e adolescentes e jovens que usam SPA's.

Para alcançar o objetivo proposto, este estudo está organizado em dois capítulos: O primeiro abordará de forma breve a contextualização histórica da problematização apresentada no trabalho à luz do referencial teórico disponível; o segundo falará da Política da Socioeducação em interface com a saúde: um esforço para a intersetorialidade (com subtítulos abordando a intersetorialidade da socioeducação com a saúde) onde será explicitado os enfrentamento do uso de substâncias psicoativas com os programas de saúde mental e os efeitos nocivos que estas substâncias podem causar ao usuário.

Ao final da apresentação, análise e discussão do objeto de estudo, serão expostas as considerações finais, referências e bibliografia consultada.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI E QUE FAZEM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Os estudos apontam, em sua maioria, que não existem registros até o início do século XX sobre referências de políticas sociais pelo Estado brasileiro e que, majoritariamente, a população economicamente carente era dependente exclusivamente de atividades filantrópicas providas da Igreja Católica e algumas outras instituições tais como as Santas Casas de Misericórdia, que atuavam tanto com os doentes, desabrigados, quanto com os órfãos e jovens abandonados. Diversos percalços aconteceram na trajetória das crianças e jovens brasileiros até que os mesmos pudessem, aos poucos, conquistar seus direitos e espaço como futuro da sociedade, apesar das longas lutas sociais, o sistema sempre permaneceu contraditório.

Em 1923, foi criado o Juizado de Menores, tendo Mello Mattos como o primeiro Juiz de Menores da América Latina, sendo promulgado em 1927 o primeiro documento legal para a população menor de 18 anos: o Código de Menores, que ficou popularmente conhecido como Código Mello Mattos; era endereçado não a todas as crianças, mas apenas àquelas tidas como estando em "situação irregular". O dispositivo definia em seu artigo 1º, a quem a lei se aplicava:

O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código. [*grafia original*] (Código de Menores - Decreto N. 17.943 A – de 12 de outubro de 1927)

Tal documento visava estabelecer diretrizes claras para o trato da infância e juventude excluídas, regulamentando questões como trabalho infantil, tutela e pátrio poder, delinquência e liberdade vigiada, revestia a figura do juiz de grande poder, deixando assim, que o destino de muitas crianças e adolescentes ficava a mercê do julgamento e da ética do juiz.

Atualmente, o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes é constituído pelo Estatuto da Criança e Adolescente, redigindo no mesmo através da Lei nº 8.069 que:

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.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Sendo o Brasil um país com grande diversidade social e que possui diversas disparidades que recaem e provocam violação de direitos à grande parte da população jovem, torna-se urgente e necessário intervir de forma a provocar e possibilitar um enfrentamento pautado na proteção e garantia de direitos e em outros setores da Política Social.

O descaso do Estado em relação a execução desses direitos e da sociedade civil em lutar pela efetivação na íntegra desses direitos constitucionalmente garantidos, é um dos fatores que contribuem para o aumento da desigualdade social que coloca o adolescente a mercê da violência, da má distribuição de renda, educação e saúde de má qualidade, falta de profissionalização e outros fatores que os fazem vítimas da exclusão social. O início da delinquência muitas vezes se explica nessa violência social, provinda da precarização das condições mínimas de desenvolvimento e sobrevivência, sendo claro que grande porcentagem dos adolescentes em conflito com a lei possuem um histórico de vida semelhante, ou seja, encontram-se em núcleos familiares disfuncionais, com pais alcoólatras, desempregados, vítimas das injustiças sociais.

É indubitável que, o adolescente sendo vitimizador também é vítima da sociedade e não agente de atitudes fruto da sua própria personalidade. Como cita Volpi (1999, p. 7), “a prática do ato infracional não é incorporado como inerente a sua identidade, mas vista como uma circunstância de vida que pode ser modificada”, pois o adolescente não nasce infrator, ele se produz infrator e assim sendo, há possibilidade de modificação dessa realidade que é construída historicamente, levando em consideração que, quando criança seus direitos foram-lhe abstraídos e conforme vai crescendo e tornando-se adolescentes percebe que não sofreu apenas carências materiais, mas também afetivas; falta de amor, carinho, respeito, atenção, que são itens de grande importância para a formação psicológica e moral de um indivíduo e se o ambiente em que vive não for favorável ao seu desenvolvimento, provavelmente se envolverá com a criminalidade fermentada pela exclusão e marginalidade. (SCARELLI, NESPOLI, OLIVEIRA; 2009, p. 3-4)

Ao ser inserido em um ambiente desprovido de emancipação de direitos e acompanhamento prévio de qualidade nas suas necessidades de pessoa em desenvolvimento, acaba procurando uma rota de fuga de realidade, "normalmente quando ele “chega” á rua nem sempre é de fato um adolescente autor de ato infracional, entretanto, ao se envolver com aqueles que já se encontram nessa situação de marginalidade, influenciados começam a cometer delitos" (SCARELLI et al, p. 4). Ainda citando a autora:

Outra questão intimamente ligada ao ato infracional é o uso e a busca das drogas, pois para possuí-las e não tendo condições para tal, pratica roubos, furtos para conseguir dinheiro e obtendo sucesso na felicidade do ato, passa a cometê-lo

constantemente. Rendendo-se a essa realidade, ou seja, em um meio divergente aquele em que vivia, adequando-se às regras, limites, valores que a “rua” lhe impõe, distintos ao que seu núcleo familiar o instruíra, faz-se dela sua casa, das drogas algo indispensável para sua subsistência, dos traficantes e infratores seus familiares, vende seu próprio corpo e faz dele seu meio de sobrevivência, do ato infracional algo habitual na sua vida. Porém, mesmo sendo um mundo inadequado, torna-se mais que suportável este ao viver em seu núcleo familiar sem condições básicas de sobrevivência. (SCARELLI, 2009, p. 4)

A utilização das drogas, sejam as lícitas ou ilícitas, perpassa a cultura da nossa sociedade; no que se refere às drogas lícitas tais como o álcool e o tabaco, há um constante incentivo nos veículos de mídia, com incessantes propagandas insinuando um status ao consumir determinado produto. O uso indevido de substâncias psicoativas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país e esta constatação também se reflete nos demais segmentos da sociedade, pela relação comprovada de tal uso com os agravos sociais dele decorrentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada (ABREU, SOUSA, 2014, p.14). Tal veiculação de informação atinge todas as idades, mas acaba por afetar mais aos jovens, que estão em fase de desenvolvimento e de constante necessidade de pertencimento e aceitação em grupos sociais. A sociedade contemporânea expõe o jovem a diversos fatores: globalização, mídia, a facilidade de locomoção, comunicação e a necessidade de uma rotina consumista e capitalista, fazem com que as vontades dos jovens se modifiquem e a exclusão aumente, juntamente com a necessidade de pertencimento. Teixeira e Pereira apud Giddens (1995) afirmam que o fenômeno da globalização não deve ser pensado como um processo cuja direção é unitária, mas sim, como um conjunto complexo de mudanças com resultados contraditórios, que se manifestam tanto em nível global como local, produzindo novas formas de estratificação e o surgimento de novas formas e estilos de vida e de pensar.

Vários fatores se associam ao abuso de álcool na adolescência, a começar pelos aspectos sócio-históricos, como a industrialização e a urbanização de décadas recentes e a crise econômica dos anos 1980, responsável pela dificuldade de inserção do jovem no mercado de trabalho e a conseqüente insatisfação de suas necessidades. Não se pode subestimar, também, a crescente produção industrial de bebidas alcoólicas e o forte apelo dos meios de comunicação em favor do consumo por indivíduos de todas as classes sociais. (MUZA et al, 1997, p. 31)

Neste sentido, segundo Schenker e Minayo (2005), os fatores de risco e de proteção, em relação ao uso de drogas estão relacionados a seis domínios da vida (o individual, o familiar, o escolar, o midiático, os amigos e a comunidade de convivência), que apresentam

relações entre si, sendo que cada pesquisa na área enfatiza determinadas variáveis (como sexo, idade, nível sócioeconômico, desempenho escolar, uso de drogas na família, etc.).

Na consideração de que o uso de drogas se constitui um hábito, os adolescentes acabam por fazer parte de um grupo de risco, levando-se em conta o estágio em que se encontram. A formação de hábitos se inicia na infância, e, na adolescência, os sujeitos estão em fase de descobertas e autoafirmação de suas identidades. São comuns nesta fase os comportamentos de desafio à autoridade dos pais, os conflitos de opiniões e a busca da autonomia, que por vezes se dá por caminhos tortuosos. Neste sentido, é que esta fase se torna um período para o início do uso de drogas, na sua experimentação, uso ocasional, indevido ou abusivo. (SCHENKER et al, 2005, p.10)

Considerando que não é suficiente proibir o uso de substâncias psicoativas, ou simplesmente utilizar de práticas de policiamento ou instrumentais que pouco mudariam a realidade do jovem fragilizado, deve-se, pois, criar uma reflexão e conscientização no adolescente, para que o mesmo crie seu papel de independência e autonomia, auxiliado pelas políticas sociais necessárias ao seu desenvolvimento, junto aos familiares, caso estes possam vir a ser citados como medida de proteção; deve-se expor ao adolescente, que este possui autonomia e direito de escolha, já que, segundo Szymanski "a submissão às regras e à autoridade torna-se o modo habitual de ser e pode-se ter, como consequência, o afastamento mútuo" (SZYMANSKI, 2002, p. 15). Schenker e Minayo (2005, p. 320) chamam atenção para a importância de se ter uma abordagem compreensiva e sistêmica para a problemática do uso de drogas pelo adolescente, especialmente aos possíveis fatores de risco ou fatores de proteção, identificados nos saberes das características individuais do adolescente; nas atitudes e predisposições; na dinâmica e funcionamento das relações familiares, na forma como lidam com o afeto e com o estabelecimento de limites; no envolvimento grupal do adolescente; no papel desempenhado pela escola e o seu compromisso com o sentido da educação e com a formação e desenvolvimento do adolescente; na disponibilidade e na presença da droga na comunidade que pode ser agravado quando somado à desorganização social e, por fim, no papel que a mídia faz desses jovens da sociedade moderna. Vasconcelos (2006, p. 9), ao discutir a prática profissional dos assistentes sociais na saúde, afirma que essa reflexão torna possível a politização da demanda e o fortalecimento dos usuários enquanto sujeitos políticos coletivos e que esse objetivo só poderá ser concretizado quando a conscientização dos usuários for bem sucedida no entendimento do processo de construção de sua história, das instituições que o acompanham e do histórico no meio social. Conhecer o espaço de trabalho implica em ter informações sobre as postulações legais referentes a ele e às políticas sociais correspondentes, para que se possa, assim, entender a dinâmica de organização e

funcionamento desses espaços a fim de conhecer o próprio objeto de trabalho para melhor orientar aquele indivíduo.

As ações que deverão ser tomadas juntamente a esse adolescente em seu processo de acompanhamento e o tratamento dado pela Constituição Federal ao tema relativo à família se refletiram na edição do Estatuto da Criança e do Adolescente; para garantir a proteção integral de infantes e jovens, o que faz com que haja a estruturação de suas famílias, de modo que essa proteção se torne uma realidade, e que devem ser orientadas através das mudanças no perfil das demandas dos usuários e também de suas relações estabelecidas a partir do acompanhamento na dinâmica social, essa ação profissional que vai além dos sujeitos singulares, serve de contribuição para as respostas coletivas à essa singularidade. Importante salientar, segundo Skymanski, que “um aspecto fundamental refere-se à forma de envolvimento das famílias nesses programas, que não deve ser passiva, mas na forma participante da responsabilidade partilhada. Devem ser respeitados os valores e culturas dos participantes, sem, entretanto, deixar de disponibilizar-lhes informações advindas de pesquisas nas áreas sociais, de saúde e educação que os ajudem na tarefa de socialização que lhes cabe” (SZYMANSKI, 2002, p. 23).

Segundo Yamamoto (2004, p. 286), essas situações individuais ou familiares condensam simultaneamente as dimensões universais, particulares e singulares da vida em sociedade.

Qualquer sociedade deve assumir o compromisso ético de cuidar de suas crianças e adolescentes (SAGGAE, 2000) e, portanto, deve empenhar-se em diminuir a probabilidade do jovem envolver-se com o uso de drogas. Para isso, devem enfatizar a redução dos fatores de risco e ampliar os fatores de proteção. Nem toda pessoa que experimenta ou usa drogas se tornará um dependente químico. Por outro lado, todo dependente invariavelmente um dia experimentou uma droga. (CONCEIÇÃO et al, 2009, p. 5)

Para pontuar direitos, estabelecer princípios e diretrizes da política de atendimento, assim como definir competências e atribuições gerais e dispor sobre os procedimentos judiciais que envolvem crianças e adolescentes, a Constituição Federal de 1988, que representou um marco histórico para as políticas sociais no país, reconhecendo diversas necessidades humanas como direito do cidadão e dever do Estado e assegurando, no campo legal, o direito a ter acessos a serviços sociais nunca antes viabilizados pelo poder público brasileiro, estabeleceu condições legais para que o Estado brasileiro reorientasse suas ações no campo social, por meio da implementação de um conjunto de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da pobreza e da violação de direitos; apresentou um novo modelo de

gestão a ser adotado pela administração pública baseada nas diretrizes constitucionais da descentralização política-administrativa e na participação da população por meio de organizações representativas, junto ao Estatuto da Criança e do Adolescente, conhecido como “sistema de proteção geral de direitos de crianças e adolescentes” cujo intuito é a efetiva implementação da Doutrina da Proteção Integral, denominado Sistema de Garantia de Direitos (SGD). Nele, incluem-se princípios e normas que regem a política de atenção a crianças e adolescentes, cujas ações são promovidas pelo Poder Público em suas esferas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), pelos três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e pela sociedade civil, sob três eixos: Promoção, Defesa e Controle Social (SINASE, 2006, p. 22). No interior do SGD existem diversos subsistemas que tratam, de forma especial, de situações peculiares e incluem-se aqueles que regem as políticas sociais básicas, de assistência social, de proteção especial e de justiça voltados ao atendimento de crianças e adolescentes.

É nesse contexto que se insere o atendimento ao adolescente em conflito com a lei desde o processo de apuração, aplicação e execução de medida socioeducativa. Pode se dizer que a reunião de suas regras e critérios, de forma ordenada e que almeje reduzir as complexidades de atuação dos atores sociais envolvidos, possibilita a construção de um subsistema que, inserindo-se no SGD, atua sobre esse ambiente específico relacionado a esses adolescentes. A opção por essa forma tem como finalidade melhor ordenar as várias questões que gravitam em torno da temática, reduzindo-se, assim, a complexidade inerente ao atendimento aos direitos desse público (SINASE, 2006, p. 22).

A partir desse conjunto de ideias, tem-se o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), o qual se comunica e sofre interferência dos demais subsistemas internos ao Sistema de Garantia de Direitos (tais como Saúde, Educação, Assistência Social, Justiça e Segurança Pública).

O SINASE é o conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa. Esse sistema nacional inclui os sistemas estaduais, distrital e municipais, bem como todos as políticas, planos, e programas específicos de atenção a esse público. (SINASE, 2006)

A socioeducação tornou-se a partir da Lei do SINASE uma política pública, destinada ao atendimento de adolescentes e jovens autores de atos infracionais, e suas respectivas famílias, tendo em vista a sua responsabilização e reeducação.

A aplicação e execução das medidas socioeducativas a adolescentes autores de ato infracional é norteada por esse "princípio da proteção integral à criança e ao adolescente" (Lei 8.069\90 ECA) e pelos princípios organizacionais da intersetorialidade, dentro das particularidades dos processos sociais que deram base à formulação das Políticas Públicas, e materialização do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE- instituído pela Resolução nº 119/2006, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, demonstrando assim, que este sistema objetiva a efetiva implementação de uma política pública especificamente destinada ao atendimento de adolescentes autores de ato infracional, dentre outras especificidades, aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas.

Entretanto, destaca-se que esta política tem como especificidade, na sua execução, a articulação entre três eixos que compõem o Sistema de Garantias de Direitos, a partir da Resolução nº 113, do Conselho Nacional do Direito da Criança e do Adolescente (CONANDA): defesa, promoção e controle. A referida Resolução instituiu um sistema de atendimento estratégico para garantir uma aproximação entre o poder judiciário, ministério público, poder executivo e representações populares, sejam por meio dos conselhos de direitos e tutelares e outras expressões da sociedade organizada. Neste sentido, faz-se necessário destacar a complexidade que envolve a execução da política da sócioeducação, haja vista, o envolvimento de diversas instituições que estão assentados em poderes diferenciados, com competências específicas mas que mantém como núcleo comum de atuação a garantia de direitos dos adolescentes e jovens em conflito com a lei e em cumprimento de medidas socioeducativas. O SINASE aponta essas diretrizes e a necessidade de articulação e co-responsabilização entre diferentes segmentos, envolvendo família, sociedade e Estado para o “enfrentamento de situações de violência, que envolvem adolescentes enquanto autores de ato-infracional ou vítimas de violação de direitos no cumprimento de medidas socioeducativas” (SINASE, 2006, p. 12).

A forma como são abordadas essas informações é fundamental para a construção da consciência crítica desse grupo que busca representar os adolescentes em conflito com a lei em medida de internação; essa consciência deve gerar o processo reflexivo que é característico das ações socioeducativas. Pautado sempre nesse princípio de democracia participativa, com intuito de gerar um processo reflexivo, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) fica com a responsabilidade de deliberar a respeito da política de atenção à infância e à adolescência, buscando cumprir seu papel normatizador e articulador, ao ampliar os debates e sua agenda para envolver efetiva e diretamente aos

demais atores do Sistema de Garantia dos Direitos. Algumas das principais pautas do CONANDA são:

- O combate à violência e exploração sexual praticada contra crianças e adolescentes;
- A prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção do trabalhador adolescente;
- Promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes indígenas, quilombolas, crianças e adolescentes com deficiência;
- Criação de parâmetros de funcionamento e ação para as diversas partes integrantes do sistema de garantia de direitos;
- Acompanhamento de projetos de lei em tramitação no CN referentes aos direitos de crianças e adolescentes.

Além disso, estão entre suas finalidades e competências:

- Buscar a integração e articulação dos conselhos estaduais, distrital e municipais e conselhos tutelares, assim como dos diversos conselhos setoriais, órgãos estaduais e municipais e entidades não governamentais;
- Acompanhar o reordenamento institucional, propondo modificações nas estruturas públicas e privadas;
- Oferecer subsídios e acompanhar a elaboração de legislação pertinente ao tema; promover a cooperação com organismos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais;
- Convocar, a cada dois anos, a Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, como já havia sido dito brevemente acima, foi elaborado em um contexto significativo para a participação social. Em uma intensa mobilização gerada no início da década de 1980 pela redemocratização do país, levou à convocação de uma Assembleia Constituinte para reelaborar a Constituição Federal, permitindo a inclusão de propostas que asseguravam os direitos da criança e do adolescente no projeto da Constituição Federal apresentado para debate no Congresso Nacional. Juntamente a ele, o SINASE, CONANDA e demais políticas sociais tais como a de saúde, garantem que tenhamos, através da abordagem socioeducativa, uma intervenção que não seja meramente punitiva no Sistema de Justiça, mas também, um modelo de intervenção sistêmica à medida que buscam enxergar a totalidade do problema, possibilitando ao adolescente refletir sobre seus atos para assim, buscar novas formas de se relacionar no mundo, tendo uma visão mais ampla e emancipatória.

Diante deste modelo, busca-se alcançar a formação cidadã, autônoma e solidária dos adolescentes e jovens autores de atos infracionais, objetivando a sua ruptura com a trajetória infracional e a retomada da convivência familiar e comunitária em novas bases; além de romper com a cultura da fragmentação e centralização das políticas públicas. Pode-se, assim,

inferir que os princípios organizacionais do sistema socioeducativo e o trabalho do assistente social estão fundamentados na intersectorialidade e na incompletude institucional, cujo princípio implica a noção de complementariedade entre as políticas setoriais e as medidas socioeducativas.

Sendo assim, “a profissão se institucionaliza e se desenvolve na sociedade capitalista como ação de cunho sócio-educativo, inscrita no campo político-ideológico, nos marcos institucionais das políticas sociais públicas e privadas” (MIOTO apud CARDOSO e MARCIEL, 2000, p. 142). Na lógica desse pensamento, que caracteriza a vertente do serviço social em sua abordagem emancipatória, Abreu aprofunda essa perspectiva com base no pensamento de Gramsci, afirma que as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais têm uma “função pedagógica”, cujo princípio educativo está condicionado pelos vínculos que a profissão estabelece com as classes sociais.

As ações profissionais são dotadas de caráter educativo e se desenvolvem mediatizadas pelas políticas sociais que garantem o acesso aos serviços, programas e benefícios sociais. (MIOTO *apud* IAMAMOTO, 1999; YASBEK, 1999; SIMIONATTO, 1999; CARDOSO, MACIEL, 2000; ABREU, 2002; 2004. p,2)

É importante ter conhecimento das necessidades desses usuários, tanto nas singularidades, como num conjunto familiar e social, para que, por meio desse processo educativo, após as informações e reflexões, este usuário possa ganhar mais autonomia para circular em seu espaço social, tomar suas decisões junto aos familiares sobre as formas de conduzir sua vida juntamente ao processo de emancipação oferecida pelas medidas socioeducativas e ter mais consciência de sua cidadania e direitos. Assim, a qualificação técnica e teórica do assistente social ou demais profissionais, possibilita, por um lado, esse processo educativo (informação/reflexão) qualificado e resulta em análises fundamentadas desses ambientes de intervenção, se desvinculando da lógica de violência muitas vezes reproduzida por partes da sociedade, que focalizam o adolescente em conflito com a lei como um ser perigoso para a sociedade.

Szymanski realça que “a formação de profissionais deve estar atenta à consideração de interdisciplinaridade da área de estudos da família e todas as dimensões da mesma devem ser consideradas, desde as relações interpessoais até a sua inserção na sociedade mais ampla. Tanto é importante o desenvolvimento de práticas familiares que contemplem o outro como um legítimo outro e favoreçam o desenvolvimento humano de todos os seus membros, quanto a luta por uma vida mais digna e pela obtenção de serviços sociais, de saúde e educacionais

por parte do estado” (SZYMANSKI, 2002, p. 202). Ou seja, compreender como se expressam nesses espaços as diretrizes das políticas sociais e como se dá o debate teórico-metodológico em torno de seu objeto de ação na amplitude do sistema (assistência social, saúde, direitos e educação).

Contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e a vivência da realidade, sendo ela, também facilitadora de processos democráticos, garantidores de Direitos e de relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo que projeta a sua emancipação e a transformação social. (MIOTO apud LIMA, 2006, p. 137)

Para cada questão social explicitada, existem atribuições distintas, porém o trabalho de emancipação, trabalho intersetorial, conscientização e responsabilização devem ser contínuo e recíproco, ou seja, família, comunidade, sociedade em geral e Estado não podem abdicar de interagir com os outros e responsabilizar-se.

É possível, e já se inicia em nosso meio, a elaboração de programas de atenção às famílias envolvendo várias instituições que as atendam direta ou indiretamente, aliados a programas sociais de cunho mais amplo. (...) É no mínimo hipócrita atribuir às famílias de camadas empobrecidas de nossa sociedade uma função de proteção às crianças e adolescentes sem lhes oferecer meios para isso. (SZYMANSKI, 2002, p. 23)

A família neste contexto, além das políticas sociais, também é vista como fator de proteção social; inclusive legalmente, a Constituição Federal de 1988 buscou dar realce à figura da família brasileira, dando-lhe o status de entidade fundamental da sociedade e que deve ter proteção especial por parte do Estado, no código civil, a lei orgânica da assistência social CRESS/SC 1999 é clara em estabelecer a responsabilidade solidária da Família, Sociedade e Estado pela promoção e a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, assim como os artigos 227 da Constituição Federal e 4º do ECA, que estabeleceram a corresponsabilidade de família, comunidade, sociedade em geral e poder público em assegurar, por meio de promoção e defesa, os direitos de crianças e adolescentes.

Artigo 227, CF/88: 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.

Artigo 4º, ECA: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à

alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

A lei 8.069/90 (ECA), além de expressar as proposições colocadas pela Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, inaugurou uma nova fase na história da proteção a partir dos três avanços fundamentais na medida de proteção, quando passa a considerá-los como sujeitos de direitos, como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e prioridade absoluta, incluindo-os também ao direito à educação, à busca de identidade, crenças e valores, enfim, um lugar no social. No que se refere aos adolescentes em conflito com a lei e seu amparo legal, temos no cumprimento da Lei 8.069\90-ECA, Título III - Capítulo I, a definição da prática de atos infracionais pelos adolescentes como:

Art. 103. Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal.

Art. 104. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato.

Sendo assim, ao se verificar a prática do ato infracional, deve-se aplicar a medida cabível ao ato, sendo elas variadas e explicitadas no Capítulo II, III e IV, seção I. Entre os direitos individuais do adolescente estão:

Art. 106. Nenhum adolescente será privado de sua liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade Judiciária competente.

- Parágrafo único. O adolescente tem direito à identificação dos responsáveis pela sua apreensão, devendo ser informado acerca de seus direitos.

Art. 107. A apreensão de qualquer adolescente e o local onde se encontra recolhido serão incontinentemente comunicados à autoridade judiciária competente e à família do apreendido ou à pessoa por ele indicada.

- Parágrafo único. Examinar-se-á, desde logo e sob pena de responsabilidade, a possibilidade de liberação imediata.

Art. 108. A internação, antes da sentença, pode ser determinada pelo prazo máximo de quarenta e cinco dias.

- Parágrafo único. A decisão deverá ser fundamentada e basear-se em indícios suficientes de autoria e materialidade, demonstrada a necessidade imperiosa da medida.

Art. 109. O adolescente civilmente identificado não será submetido a identificação compulsória pelos órgãos policiais, de proteção e judiciais, salvo para efeito de confrontação, havendo dúvida fundada.

Das Garantias Processuais:

Art. 110. Nenhum adolescente será privado de sua liberdade sem o devido processo legal.

Art. 111. São asseguradas ao adolescente, entre outras, as seguintes garantias:

- I – pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, mediante citação ou meio equivalente;
- II – igualdade na relação processual, podendo confrontar-se com vítimas e testemunhas e produzir todas as provas necessárias à sua defesa;
- III – defesa técnica por advogado;
- IV – assistência judiciária gratuita e integral aos necessitados, na forma da lei;
- V – direito de ser ouvido pessoalmente pela autoridade competente;
- VI – direito de solicitar a presença de seus pais ou responsável em qualquer fase do procedimento.

Das Medidas Socioeducativas:

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

- I - advertência;
- II - obrigação de reparar o dano;
- III - prestação de serviços à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - inserção em regime de semi-liberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.

§ 1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.

§ 2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

§ 3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

Art. 113. Aplica-se a este Capítulo o disposto nos arts. 99 e 100.

Art. 114. A imposição das medidas previstas nos incisos II a VI do art. 112 pressupõe a existência de provas suficientes da autoria e da materialidade da infração, ressalvada a hipótese de remissão, nos termos do art. 127.

Parágrafo único. A advertência poderá ser aplicada sempre que houver prova da materialidade e indícios suficientes da autoria.

Citando Costa, no seu apontamento de que há a introdução do Instituto da Remissão (perdão) com objetivo de atenuar os efeitos negativos do procedimento jurídico, diz-se que esta pode ser concedida por representante do Ministério Público, como forma de exclusão do processo, atendendo às consequências do fato ao contexto social, bem como a possibilidade do adolescente e sua temporalidade sobre a participação maior ou menor no ato infracional;

ao se iniciar o procedimento. Sua concessão pela autoridade judiciária implicará na suspensão ou extinção do processo (artigos 126 a 128 do ECA):

Art. 126. Antes de iniciado o procedimento judicial para apuração de ato infracional, o representante do Ministério Público poderá conceder a remissão, como forma de exclusão do processo, atendendo às circunstâncias e consequências do fato, ao contexto social, bem como à personalidade do adolescente e sua maior ou menor participação no ato infracional.

Parágrafo único: - Iniciado o procedimento, a concessão da remissão pela autoridade judiciária importará na suspensão ou extinção do processo.

Art. 128. A medida aplicada por força da remissão poderá ser revista judicialmente, a qualquer tempo, mediante pedido expresso do adolescente ou de seu representante legal, ou do Ministério Público.

A priori, assegura-se que o adolescente não será privado de sua liberdade, salvo em flagrante do ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária, prevendo-se, inclusive, a nomeação de defensor público àquele que não o possuía constituído. Contudo, quando necessário, o ECA assegura-se que nenhuma medida de privação de liberdade poderá ultrapassar os 3 anos, e que a liberação aos 21 será compulsória, sendo esse adolescente, amparado legalmente por diversos direitos explicitados na Seção VII do ECA, nos artigos 121 ao 125.

A matéria de gestão do ECA introduziu atualmente, um conjunto de diretrizes exatamente oposta àquelas historicamente predominantes, tais mudanças implicaram no redimensionamento das relações entre Estado e sociedade civil a partir de dois princípios fundamentais nas descentralizações político-administrativa e participação da população por meio de suas entidades representativas. Deve ser feito, seguindo essa linha de raciocínio, um papel reflexivo dos profissionais que acompanham e ajudam na emancipação juntamente a esses jovens e seus familiares diante da sociedade civil para minimizar os preconceitos e falta de informação, muitas vezes disseminada através da população a esses jovens. A informação, comunicação e emancipação de direitos, levando a um pensamento politizado, deve ser sempre um foco na transformação da realidade.

Importante ressaltar que estes adolescentes em conflito com a lei e, no caso do presente trabalho, usuários de álcool e outras substâncias, sofreram violação de direitos, seja diante de um Estado omissivo, ou nas raízes do modo opressor e segregador do capital; trata-se de uma parcela duplamente fragilizada, tanto pela sua condição de pessoa ainda em desenvolvimento quanto pela sua adicção às substâncias psicoativas.

Sabe-se que muitas vezes o uso dessas substâncias psicoativas e a prática do ato infracional são feitos como medida de fuga de uma realidade muitas vezes agressiva e de

longo sofrimento, seja por vivência nas ruas, agressões parentais, extrema pobreza, problemas psicológicos ou diversos outros; nunca deve se ignorar que, acima de tudo, esses jovens são cidadãos de direitos e que é obrigação do Estado ampará-los em todas as políticas sociais, sejam as sócioeducacionais ou de saúde e deve garantir as exigências do ECA no cumprimento de tais medidas.

Historicamente, o toxicômano se desloca da carapaça jurídica de delinquente, ao estatuto de doente; de doente, a doente como os outros, para, enfim, tornar-se cidadão, e, antes de tudo, cidadão como os outros. (SILVA, 2004, p. 15)

Na atualidade, percebemos que as mudanças circunstanciais conquistadas no decorrer da luta social, emancipatória e a ruptura com a visão higienista, de culpabilização do indivíduo, são de vital importância para a construção do novo paradigma da intervenção proposta aos adolescentes e crianças em situação de conflito com a lei, segundo Costa (1990, pág. 12) dividem-se em três grandes grupos: mudanças de conteúdo, mudanças de método e mudanças de gestão (esta última tendo sido mencionada acima, referindo-se à nova abordagem do ECA).

Quanto às mudanças de conteúdo, Costa afirma que, além da defesa jurídico-social cedida aos adolescentes, acrescentar-se-ão todas as Políticas Básicas: saúde, educação, esporte, cultura e lazer. Há, também, as políticas assistenciais, como complementação alimentar, abrigo e programas de capacitação e iniciação ao trabalho para adolescentes pobres; bem como as Políticas de Proteção Especial, responsáveis pelo atendimento a crianças e jovens em circunstâncias especialmente difíceis, em razão de sua conduta ou da ação ou omissão dos adultos (artigo 87, incisos I, II e III do ECA; respectivamente).

O capítulo II da Lei 8.069/90 estabelecida pelo ECA dispõe do Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade e para complementar o pensamento, existe ainda a Lei 12.010/2009. Nas que se referem às mudanças de método, Cury apud COSTA (1990), temos a fiscalização às entidades governamentais e não governamentais voltadas ao atendimento da criança e adolescente, art. 90 e 95 do ECA.

Assim, institui-se a criação dos conselhos tutelares, órgãos permanentes e autônomos, aos jurisdicionais, que ficam encarregados pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, cujos membros serão eleitos pelos cidadãos locais para mandato de três anos. Estas atribuições eminentemente sociais e suas decisões poderão ser revistas pela autoridade judiciária (arts. 131 a 140 do ECA):

Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei.

Art. 140. São impedidos de servir no mesmo Conselho marido e mulher, ascendentes e descendentes, sogro e genro ou nora, irmãos, cunhados, durante o cunhadio, tio e sobrinho, padrasto ou madrasta e enteado.

Parágrafo único: Estende-se o impedimento do conselheiro, na forma deste artigo, em relação à autoridade judiciária e ao representante do Ministério Público com atuação na Justiça da Infância e da Juventude, em exercício na comarca, foro regional ou distrital.

3.2. A POLÍTICA DA SOCIOEDUCAÇÃO EM INTERFACE COM A SAÚDE: UM ESFORÇO PARA A INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente gerencial. É um processo eminentemente político. Ela envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, muitas vezes, se fortalecem cultivando castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares. Por isso, a tarefa de intersectorializar não é fácil, mas também não é impossível, desde que todos estejam conscientes de que vale a pena persegui-la em prol da democracia. (PEREIRA, 2014, p. 17)

O prefixo "inter", segundo Potyara Pereira, serve tanto para nomear a interdisciplinaridade quanto a intersectorialidade, remete à relação dialética, isto é, à relação que não redunde em um amontoado de partes, mas em um todo unido, no qual as partes que o constituem ligam-se organicamente, dependem umas das outras e condicionam-se reciprocamente. A partir da Constituição Federal de 1988, a intersectorialidade passa a ser o modelo de gestão adotado para execução das políticas públicas, incluindo a socioeducação, tendo em vista a aplicação da doutrina da proteção integral, que também se estende de forma inovadora para as práticas infracionais. Neste aspecto, a intersectorialidade tem um papel fundamental pois objetiva o atendimento integral, realizado de forma integrada pelas políticas setoriais, pelo sistema de justiça e pela participação popular e controle por parte dos conselhos de direitos.

A noção de intersectorialidade surgiu ligada ao conceito de rede, a qual emergiu como uma nova concepção de gestão contrária à setorização e à especialização, propondo, por outro lado, integração, articulação dos saberes e dos serviços ou mesmo a formação de redes de parcerias entre os sujeitos coletivos no atendimento às demandas dos cidadãos. Cabe ressaltar que a descentralização estabeleceu-se como categoria precursora da intersectorialidade, pois, na medida em que ela propõe transferência de poder, especialmente para o nível municipal, a intersectorialidade aparece como uma estratégia de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais, respeitando a autonomia de cada ator envolvido no processo. (PEREIRA e TEIXEIRA, 2013 p. 121)

Vale destacar que neste novo modelo de gestão intersetorial nas políticas, adotada pela Constituição Federal de 1988 e as demais legislações que a regulamentam, indicam duas diretrizes que são fundamentais na garantia dos direitos individuais e sociais dos adolescentes e jovens em medidas socioeducativas: descentralização política-administrativa e a participação da população.

Em relação à descentralização política-administrativa, se estabelece um novo pacto federativo em que as responsabilidades pela execução das políticas públicas são redistribuídas entre os entes federativos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Na Lei do SINASE, Capítulo 2 das competências, no art. 3º, são estabelecidos nove atribuições para a União, dentre as quais se destacam: o dever de formular e coordenar a política nacional das medidas socioeducativas; financiamento com os demais entes federados, a execução dos programas e serviços do SINASE. Além de ser vedada à União o desenvolvimento e a oferta de programas próprios de atendimento.

Em relação aos estados, o art. 4º estabelece dez atribuições, com destaque para a responsabilidade em formular, instituir, coordenar e manter o Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo, respeitadas as diretrizes fixadas pela União; elaborar o Plano Estadual Socioeducativo, em conformidade com o Plano Nacional; criar, desenvolver e manter programas para execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação. Destacando-se, também, a responsabilidade e colaboração com os seus municípios para o atendimento socioeducativo em meio aberto, por meio de assessoria técnica e suplementação financeira.

Quanto aos municípios, o art.5º destaca como competência: formular, instituir, coordenar e manter o Sistema Municipal de Atendimento Socioeducativo, respeitadas as diretrizes fixadas pela União e pelo respectivo estado; elaborar o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo em conformidade com o Plano nacional e estadual; criar e manter programa de atendimento socioeducativo em meio aberto; além de co-financiar, conjuntamente com os demais entes federados, a execução de programas e ações destinadas aos adolescentes em medidas socioeducativas em meio aberto (liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade).

Segundo a Lei do SINASE, a coordenação geral da política social da sócio-educação, está sob a responsabilidade dos órgãos da administração pública que integram o Poder Executivo Federal; a coordenação e execução dos programas de medidas socioeducativas de restrição e privação de liberdade, semiliberdade e internação, cabe à administração pública estadual/distrital; e a coordenação e execução dos programas correspondentes às medidas

socioeducativas de meio aberto, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade, estão sob a responsabilidade da administração pública dos municípios.

O atendimento em regime de internação, foco do presente trabalho, a partir da vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente, tem duas naturezas, de acordo com o levantamento do PRODEQUI (Programa de Estudos e Atenção à Dependências Químicas): a retributiva e a socioeducativa (assim como as demais), o que a diferencia é que possui um caráter sancionatório mais explícito com o cerceamento do direito de ir e vir. Para evitar justamente essa característica meramente sancionatória, o ECA estabeleceu garantias quanto à execução na medida de internação, demonstrando claramente que esta deve ter finalidade socioeducativa, devendo cumprir a proposta do SINASE de desenvolver uma atuação pedagógica com vistas a reconstruir referências do núcleo cuidador, proporcionando a esses adolescentes vivências de relações humanas que lhe permitam reformular sua identidade pessoal e cultural, facilitando assim a elaboração de novas perspectivas para a sua vida extramuros. No Distrito Federal, tivemos em execução, quatro Unidades de internação, duas administradas pelo próprio Estado: Centro de Atendimento Juvenil Especializado I – CAJE I e o Centro de Internação de Adolescentes de Planaltina – CIAP, e outros dois centros de referência que possuem administração compartilhada: Centro de Internação de Adolescentes Granja das Oliveiras – CIAGO e o Centro de Atendimento Juvenil Especializado II – CAJE II/CESAMI.

Ao Distrito Federal compete a coordenação e execução de todos os programas de medidas socioeducativas, em razão de suas características administrativas singulares. Em relação à participação popular, a legislação atual criou esferas públicas participativas, em que a defesa e o controle de direitos, assim como a elaboração de políticas, passam a contar com os representantes da sociedade organizada, oriundas de organizações sociais que atuam na área da infância. Daí surge os Conselhos de Direitos e os Conselhos Tutelares, como espaços políticos participativos, paritários, em que se possibilita o diálogo entre os representantes do Poder Público e os representantes da sociedade, tendo em vista a garantia de direitos.

É possível identificar alguns artigos da CF de 88, do ECA, e da Lei do Sinase, que apontam a descentralização política administrativa e a participação popular, como diretrizes da materialização dos direitos sociais dirigidos à infância, bem como aos adolescentes e jovens em medida socioeducativa, pela administração pública brasileira. Vale ressaltar a importância da ação junto às famílias dos adolescentes e jovens atendidos pelo Sistema Socioeducativo.

O art. 226 da CF de 88 destaca a família como a base da sociedade e tem especial proteção do Estado; a lei do Sinase alerta em seu art. 49 em que o adolescente e o jovem submetido à medida socioeducativa, tem o direito de ser acompanhado pelos seus pais ou responsáveis em qualquer fase do procedimento administrativo ou judicial e em seu artigo 52 ressalta que o Plano Individual de Atendimento (PIA) a ser realizado com todos os adolescentes e jovens deverá contemplar a participação dos pais ou responsáveis, os quais tem o dever de contribuir com seu processo ressocializador. Desta forma fica evidente que todas as ações dirigidas aos adolescentes e jovens devem se dar a partir da realidade familiar e comunitária e realizada em conjunto com os familiares, como meio de alcançar o objetivo de responsabilização das medidas socioeducativas, assim como cita o ECA no artigo 92.

Art. 92. As entidades que desenvolvam programas de acolhimento familiar ou institucional deverão adotar os seguintes princípios:
I – preservação dos vínculos familiares e promoção da reintegração familiar;
II – integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família natural ou extensa;

De acordo com o Art. 227 da CF de 88, é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade ao direito a vida, a saúde, a alimentação a educação ao lazer a profissionalização a cultura à dignidade, ao respeito, a liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los à salvo de toda forma de negligencia, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Assim, é importante destacar que a doutrina da proteção integral instituída pelo novo ordenamento jurídico brasileiro, desde a CF de 88, estabelece um novo modelo de gestão, em que os programas de atendimento socioeducativo, dirigidos aos adolescentes e jovens autores de atos infracionais e em cumprimento de medidas socioeducativas, devem ser realizados de forma descentralizada e participativa, considerando a participação ativa da família no acompanhamento do cumprimento da medida socioeducativa.

O Sinase estrutura a política social pública da sócioeducação, com participação popular, estando a cargo da União, dos Estados, Distrito Federal e Município, a promoção do atendimento aos adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, numa ação integrada com os diversos órgãos de defesa e de controle previstos pelo Sistema da Garantia de Direitos. Em 2006, o CONANDA expediu a Resolução nº 119 instituindo o Sinase, e lançando as bases para a promulgação da Lei do Sinase nº 12.594, publicado em 18 de janeiro de 2012; dentre uma série de normatizações, a referida lei determina que os

programas de execução de medidas socioeducativas: liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade; semiliberdade e internação, sejam executados de forma integrada, ou seja, por meio de ações executadas pelas diversas políticas setoriais, que integram a administração pública. Tal deliberação atende ao princípio da proteção integral, que entende o adolescente e jovem autor de ato infracional, como sujeito de direitos, em situação peculiar de desenvolvimento, e com prioridade absoluta, demandando assim, ações públicas que atendam a integralidade de suas necessidades humanas, para o atendimento de tal orientação legal, o SINASE previu a consecução de planos decenais nacionais, estaduais, distrital e municipais, destacando que todos os programas previstos em lei, deverão ser realizados de forma integrada entre as diversas políticas.

Art. 8º. Os Planos de Atendimento Socioeducativo deverão, obrigatoriamente, prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte, para os adolescentes atendidos, em conformidade com os princípios elencados na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Por estarmos tratando de um sistema de atendimento, que tem como alvo os adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, cuja tarefa é garantir o acesso à proteção integral, há sempre que se falar sobre a integração entre os diversos programas, projetos, serviços e benefícios ofertados por todas as políticas públicas setoriais. É perceptível na legislação, que a incompletude institucional é um conceito importante, e que se não observado, poderá comprometer o alcance da proteção integral. Ou seja, a atenção integral requer ações integradas entre as diversas políticas e, no caso da política da socioeducação, a ação integrada vai mais além, pois ao se dirigir aos autores de práticas infracionais, atos análogos a crime, necessitam estar articuladas ao Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, e órgãos da Segurança Pública, tal demanda se torna ainda mais peculiar quando o adolescente está fazendo uso de substâncias psicoativas, sendo necessária uma ação conjunta com a área da saúde, foco do atual projeto. Tal relação, que movimenta poderes diferentes e participação ativa da sociedade organizada, como já foi dito anteriormente, torna ainda mais complexa a execução da política da sócio-educação.

O trabalho em redes surgiu como uma proposta de intervenção capaz de forjar uma nova abordagem no enfrentamento das demandas da população, baseada na troca de saberes e práticas entre o Estado, as empresas privadas e a sociedade civil organizada. (PEREIRA, TEIXEIRA, 2013, p. 115)

Para dar conta de tal complexidade surge por meio da Resolução N° 113 do Conanda, o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), que estabelece uma estratégia de ação entre as diversas organizações, tendo em vista a garantia dos direitos estabelecidos na legislação, esse SGD compreende três eixos, que deverão ser objeto de aprofundamento no Eixo III deste curso de especialização: a defesa; a promoção; o controle.

Quanto à defesa, trata-se de medida de solidariedade a indivíduos e grupos, em resposta a situações de risco e contingências de violações de direitos, abrangendo a proteção de crianças e adolescentes que tiverem os seus direitos violados ou ameaçados e o acesso à justiça para responsabilização dos violadores. Compõe-se dos órgãos públicos judiciais: Conselhos Tutelares; Ministério Público, especialmente as Promotorias de Justiça Procuradorias Gerais de Justiça; Defensorias Públicas; Advocacia Geral da União e as Procuradorias Gerais dos Estados; Polícias; Ouvidorias e entidades de defesa de direitos humanos incumbidas de prestar proteção jurídico-social.

A promoção implica a geração, utilização e fruição das capacidades de indivíduos e grupos sociais para implementação e acesso às políticas públicas que promovam oportunidade ao desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Este eixo tem como diretrizes: a) a promoção da cultura, do respeito e da proteção dos direitos humanos da criança e do adolescente no âmbito da família, das instituições e da sociedade; b) a universalização do acesso às políticas públicas de qualidade que garantam os direitos humanos de crianças e adolescentes e de suas famílias e contemple a superação das desigualdades, promoção da equidade e afirmação da diversidade.

A política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes operacionaliza-se através de três tipos de programas, serviços e ações públicas: 1) serviços e programas das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, relativos à política de atendimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes; 2) serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos humanos; e 3) serviços e programas de execução de medidas socioeducativas e assemelhadas.

No eixo do controle, é onde se faz o monitoramento da ação governamental, é ainda maior o papel da sociedade civil, não havendo definição estatal ou legal sobre os atores, ele é constituído pelo próprio movimento social, são as ONG's, os Fóruns, as associações, entidades de classe, etc. Objetiva a efetivação do direito realizado por meio de instituições públicas colegiadas, tais como: 1) conselhos dos direitos de crianças e adolescentes; 2) conselhos setoriais de formulação e controle de políticas públicas; 3) órgãos e poderes de controle interno e externo definidos na Constituição Federal. De forma geral, o controle social

é exercido soberanamente pela sociedade civil, através das suas organizações e articulações representativas.

O Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão ou instância colegiada de caráter deliberativo, formulador e normalizador das políticas públicas, controlador de ações, gestor do Fundo, de composição paritária e articulador das iniciativas de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente (ECA – artigo 88, 214 e 260). Estes Conselhos integram a estrutura básica do poder executivo, da secretaria ou órgão da área social e tem composição e organização fixadas em lei.

Os Conselhos Setoriais são órgãos paritários e deliberativos, responsáveis pela formulação e controle das políticas e ações em todos os níveis. Os fundos vinculados e geridos pelos Conselhos estão previstos no Artigo 88 do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90 Art. 5º da Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742/93 Art. 1º da Lei nº 8.080/90 que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde- seguindo o princípio constitucional. Tal sistema foi pensado e estruturado na perspectiva do alcance do objetivo duplo das medidas socioeducativas, ou seja: a responsabilização pelo ato infracional, associado ao simultâneo processo educativo e de ressignificação da vida do adolescente e/ou jovem, durante o cumprimento das medidas. A realização da dupla face das medidas socioeducativas está relacionada diretamente ao funcionamento dos referidos eixos: defesa, proteção e controle; associado ainda ao fortalecimento da família, por tratar-se do núcleo de retorno do adolescente ou jovem após o cumprimento da medida.

Para dar suporte a esse trabalho em redes e à estruturação dessa perspectiva socioeducativa, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, por meio do acesso universal e equânime às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, voltados dentre outros, às crianças e adolescentes até os 18 anos (artigos 7º e 11 do ECA, 1990) e por meio de suas Leis Orgânicas nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e de suas diversas políticas, o SUS assumiu responsabilidades sanitárias para com crianças, adolescentes e suas famílias, devendo garantir o vínculo dessas crianças e adolescentes e de sua família nos serviços de saúde.

Segundo Teixeira (2013), a disseminação do trabalho em redes na atualidade está relacionada com múltiplos fatores, cujos reflexos incidem diretamente na forma de gerir as políticas públicas. Dentre os fatores que contribuíram para a sua proliferação, destaca-se a globalização, cujas influências alteraram os processos produtivos em direção à flexibilização,

à descentralização e à interdependência dos setores (TEIXEIRA, 2013). Acrescenta-se ainda o avanço das ideias neoliberais e da emergência do chamado terceiro setor, vale salientar, que esse novo modelo de gestão intersetorial, além de todos os desafios acima problematizados, é implementado numa conjuntura de crise cíclicas do capital e do neoliberalismo aos moldes brasileiros, em que há o estímulo à consolidação do Estado mínimo, e a consequente retração dos direitos sociais, denominado de contrarreforma e que está sendo cada vez mais proeminente desde sua implantação com o Plano de Reforma do Aparelho do Estado projetado por Bresser Pereira e o então presidente Fernando Henrique Cardoso.

Justamente pelo avanço constante dessas medidas neoliberais, e a sua consequente retração de direitos, deve-se tratar a intersetorialidade como uma relação em que nenhuma das partes ganha sentido e consistência quando isolada ou separada das demais e das suas circunstâncias. PEREIRA destaca a importância de analisar que essa relação possui outras características que devem ser averiguadas com um olhar atento: a reciprocidade e a contradição tidas nesse sistema de ruptura de direitos e reconquista dos mesmos. Ou seja, a totalidade dialética propiciada pela relação dinâmica e interdependente entre partes, comporta ao mesmo tempo atitudes recíprocas e caráter contraditório. Sabe-se, porém, que "apenas a totalidade e a reciprocidade não bastam para revelar a existência de uma relação dialética. Tal relação afigura-se também contraditória, o que permite dizer que se a totalidade não for contraditória, ela não é dialética e vice-versa: toda contradição se exerce na totalidade de relações." (PEREIRA-PEREIRA, p. 12).

PEREIRA diz ainda que esse caráter contraditório existente na relação dialética tem a ver com a constatação de que tudo que é unitário é também movimento, mas não qualquer movimento. Importante reforçar essa linha de pensamento, pois segundo a mesma, esse movimento de transformação de quantidades em qualidades, se reproduz pois não há movimento que não seja consequência de contradições, de luta de contrários, que lhes são internas e, portanto, inerentes. Afirma que simplesmente somar as partes ou a articulação entre as mesmas, não propiciaria mudança qualitativa, essas mudanças na qualidade da relação requerem o reconhecimento de que o todo, constituído pela relação entre as partes, tem potencialidades de se desenvolver, inovar e superar o passado, precisando do desaparecimento de alguns elementos e aparecimento de outros, no seu interior. "É a oposição entre o novo e o velho, instaurada num todo orgânico e dialeticamente reacional, que desencadeia o processo de mudança e de superação desejadas e operadas por agentes" (PEREIRA-PEREIRA, p. 12).

A intersectorialidade deve ser tratada, com uma diferença: os denominados “setores”, que devem se interligar, não são propriamente “setores”, mas políticas particulares, ou especiais, com seus movimentos concretos e contradições específicas, mas com uma lógica comum. Como cada política é um conjunto de decisões e ações, que resulta da relação conflituosa entre interesses contrários, fica claro que a intersectorialidade é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações. Portanto, é preciso ter claro que a divisão da política social em “setores” é procedimento técnico. E só nesse sentido essa divisão tem cabimento, pois o conhecimento, assim como os bens públicos e os direitos, não são divisíveis e sua separação para efeitos de estudo não é disciplinar ou setorial, é temática. O conhecimento avança à medida que seu objeto se amplia e se desvenda na sua integralidade (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p. 16).

Segundo Monnerat e Souza (2009), no Brasil há poucas publicações sobre a intersectorialidade, sendo explicitado que a maioria da bibliografia disponível é oriunda das áreas da Administração Pública e da Saúde Coletiva. Assim, fica claro que, apesar dos avanços sociais advindos da Constituição Federal de 1988 e citados acima, prepondera ainda, a fragmentação da ação social estatal e que esta fragmentação se torna mais acentuada quanto mais a realidade se torna complexa e portadora de novos desafios sociais (envelhecimento populacional, transformação da família, problemas migratórios, ameaça ao meio ambiente, etc).

A intersectorialidade é uma condição imprescindível para articular áreas de conhecimento e de práticas com memórias técnicas e institucionais específicas. (MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 203)

Os autores reiteram que em face dessa tendência e da prevalência dos discursos pós-modernos, a intersectorialidade vem sendo pensada de forma pragmática: como uma estratégia de gestão competente e eficaz, com o objetivo de otimizar recursos humanos e financeiros. Sendo esta uma visão mais própria da Administração pública, segundo essa perspectiva, a intersectorialidade é uma condição imprescindível para articular áreas de conhecimento e de práticas com memórias técnicas e institucionais específicas (MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 203).

A intersectorialidade afigura-se como uma síntese possibilitada pela predisposição ao diálogo. E a sua pedagogia é a da comunicação. A sua grande tarefa é romper as barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores. Isso não significa anular particularidades, mas reconhecer os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese. E, para ser consequente, a ação intersectorial implica trabalhar com problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos. (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p. 19)

Ao parafrasear Monnerat e Souza, diz-se que não há discordância da concepção de intersectorialidade na visão da Saúde coletiva com a visão da Administração Pública, há apenas um entendimento mais específico sobre tal assunto; a Saúde Coletiva concebe a intersectorialidade no mesmo sentido da Organização Mundial de Saúde (OMS): “uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde” (MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 205). Em contraste com a visão Administrativa, de “vem apresentando uma visão bastante endógena” infere-se que são as outras áreas da política pública “que devem se juntar a ela para intervirem coletivamente sobre um problema de saúde previamente identificado” (idem, p.206). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para flexibilizar essa compreensão, considera que “a ação intersectorial demanda da área de saúde não somente iniciativas, mas atendimentos a convocatórias de outros setores” (MONNERAT e SOUZA apud COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 99).

A preocupação atual da saúde com a intersectorialidade pode ser observada na revitalização do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e o resgate de princípios fundamentais do projeto de Reforma Sanitária [universalidade, por exemplo]. Isso indica a intenção de recuperar a potência política da reforma setorial e, ao mesmo tempo, buscar saídas para os impasses setoriais após vinte anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em virtude disto, a perspectiva da promoção da Saúde, cuja lógica incorpora necessariamente ações intersectoriais, vem ganhando cada vez mais centralidade no âmbito das discussões nesta arena política. (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p. 206)

Há, portanto, “um campo de possibilidades de diálogos entre as áreas citadas, mas que se traduzem em enormes desafios práticos” (MONNERAT e SOUZA, 2010, p. 207). A contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorizado no qual se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006 apud MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 208).

A intersectorialidade surge não só como uma alternativa de gestão social, mas como uma ruptura epistemológica com os modelos disciplinares prevalecentes. Mas, novamente adverte-se que a intersectorialidade assim pensada não anula os espaços específicos das políticas particulares, ditos setoriais, pois a intersectorialidade fortalece e atualiza essas políticas, universalizando-as. (PEREIRA, 2014, p. 21)

Sendo assim, o atual estudo, que aborda a temática dos adolescentes em conflito com a lei, que fazem uso de substâncias psicoativas, visa incitar que, para lidar com tais disparidades sociais, e na tentativa de superar a fragmentação dos saberes e das políticas, as medidas socioeducativas em sua amplitude, devem estar conectadas através da intersectorialidade às

políticas de saúde, para que juntas possam articular saberes profissionais e abranger o acolhimento daquele jovem e seus familiares, que podem ser um fator de proteção no acompanhamento do tratamento de saúde e na conclusão da medida socioeducativa de forma que a escuta qualificada e emancipação de direitos e deveres possa vir a facilitar o processo de independência do jovem e, ao mesmo tempo, fortalecer os vínculos afetivos do mesmo com sua família.

4. DISCUSSÃO

4.1. AS POSSIBILIDADES E DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE NA SOCIOEDUCAÇÃO E SAÚDE

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, cita que o uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral a esse consumidor. As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios, ampliando significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso. Tais articulações constituem-se em instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos e de controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

A mesma política, ao mencionar a importância da intersectorialidade e a intrasetorialidade no campo da prática de políticas públicas, diz que estas requerem investimentos contínuos e de longo prazo, dedicando esforços coerentes a cada nova geração. A integralidade das ações, com a consequente definição de papéis entre os diversos níveis de governabilidade requer:

1. A construção de oportunidades de inserção das ações nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nestas esferas de governo;
2. A formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento das ações;
3. O repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização e da desconcentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios;
4. Processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos.

Outro importante fator na compreensão da intersectorialidade e sua dinâmica na efetivação e acompanhamento da amplitude de direitos que devem ser abordados, é a menção da interdisciplinaridade, multiprofissionalidade. O Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais (módulo 4) menciona que o conhecimento interdisciplinar supre a exigência de libertar o saber da situação patológica em que se encontra, e o especialista da determinação de saber tudo sobre o nada. O projeto interdisciplinar que combina, solidariza, desmistifica estaria então, em franca oposição ao projeto disciplinar que distingue, privilegia, consagra. (PORTELLA, 1992:50, p. 229)

O desafio da integração dos saberes não é só teórico-conceitual-epistemológico, mas também é ético-político, econômico e cultural, e depende da luta simultânea em todos esses planos. Trata-se de substituir a visão fundada na parceria submersa na vontade dos sujeitos. (FRIGOTTO, 1995)

Tal conhecimento é de vital importância para que se rompa com a perspectiva higienista e repressiva que exclui a população fragilizada, pois, conforme relembra o SINASE, sabe-se que é longa a tradição assistencial-repressiva no âmbito do atendimento à criança e ao adolescente, principalmente para aqueles em conflito com a lei.

Ao trazer o consumo de substâncias psicoativas feito pelos adolescentes em medida de internação para debate, devemos antes, expor que essa população tem uma questão complexa em seu contexto social e embora existam estudos a respeito, ainda é uma área com muito a ser explorado e que possui inúmeras possibilidades de transformação na vida desse jovem caso seja feita de maneira pontual. Para que se pudesse ter um panorama mais amplo desse uso de SPA'S feito por esses adolescentes na medida de socioeducação, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Programa Justiça ao Jovem, elaborou, no período de 19/07/2010 à 28/11/2011, o diagnóstico denominado Panorama Nacional, que avaliava a execução das medidas socioeducativas no cenário nacional. Tal pesquisa revelou que num total de 320 estabelecimentos de internação, distribuídos em 26 estados da federação brasileira, foram identificados 17.502 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, e desse total foram entrevistados 1.898 adolescentes internos, sendo 75% dessa amostra usuários declarados de substâncias psicoativas; a maconha foi a mais citada, seguida da cocaína e do crack.

É importante fornecer ao adolescente informações sobre as drogas e as consequências do seu uso. É preciso esclarecer ao jovem os motivos que levam o indivíduo a fazer uso de drogas, os efeitos provocados no organismo e na mente, as dimensões do prazer e do sofrimento envolvidas nessa prática, o reflexo do uso de drogas nas relações pessoais, escolares e profissionais e, também o processo de construção da dependência. Em síntese, contextualizar a droga na adolescência e na saúde. (SILVA, 2004)

Nota-se, assim, uma demanda elevada por medidas de proteção; e para efetivar as políticas de saúde, na perspectiva de promoção e reparação, pretende-se uni-la às possibilidades previstas no SINASE e Conanda sabendo de antemão que o uso/dependência de drogas é uma importante questão de saúde pública, e que deve se buscar sempre alternativas para que não haja o comprometimento dos direitos fundamentais estabelecidos tanto pela Constituição de 1988, quanto pelo Estatuto da Criança e Adolescente e demais apanhados políticos que poderiam auxiliar esse processo emancipador.

Ao se analisar na perspectiva intersetorial esse enfrentamento do uso de substâncias psicoativas em meio aos jovens em conflito com a lei, que estão cumprindo medida de internação, comparando as políticas sociais na área da saúde e sócio-educação envolvidas nesse processo de intervenção e emancipação, juntamente ao processo de efetivação dos direitos precarizados, vimos uma breve retrospectiva histórica do Brasil e das questões sociais enraizadas no sistema de reprodução capitalista, tendo em vista que esses jovens, muitas vezes, se veem na parcela mais fragilizada da população excluída socialmente e tal fragilidade torna-se cada vez mais evidente na contemporaneidade.

Assim, devemos analisar como esses adolescentes estão sendo encaminhados e acompanhados em suas medidas socioeducativas para que se possa ter uma perspectiva de como a medida de internação pode afetar a saúde e desenvolvimento emancipador desse jovem que está em situação de vulnerabilidade social.

A partir daí, podemos ter uma noção do acompanhamento e encaminhamento feito junto a esses jovens, através de dados e análise crítica, assim de demonstrar isso, podemos analisar dados do IPEA/DCA-MJ (ROCHA, 2002), que cita 190 unidades de atendimento socioeducativo que executavam a medida de internação e 76 Unidades de semiliberdade no seguinte quadro: (FUCHS, 2004)

Tabela 1		
Número de Unidades de atendimento socioeducativo de internação e semiliberdade – por Região		
Região	Nº de unidades de internação	População de 12 a 18 anos
Brasil	190	76
Sul	35	09
Sudeste	83	29
Centro-Oeste	16	07
Norte	21	08
Nordeste	35	23

Fonte: IPEA/DCA-MJ (ROCHA, 2002), FUCHS (2004) e SINASE.

Seguindo esses mesmos dados, existiam 13.489 infanto-adolescentes privados de liberdade (internação provisória, internação e semiliberdade) e um déficit de vagas para a internação e internação provisória de 1499 e 1488, respectivamente. Já a semiliberdade apresentava um excedente de vagas; mesmo sabendo que a aplicação da medida socioeducativa levará em conta a capacidade do adolescente de cumprir a medida socioeducativa, as circunstâncias e a gravidade da infração, vemos que ao se analisar esse dado referente à capacidade, verifica-se que 53% (cinquenta e três por cento) deste déficit da internação poderia ser resolvido com as vagas excedentes das Unidades de semiliberdade (SINASE apud FUCHS, 2004).

Com essa superlotação em diversas instituições, e a falta de investimento em outras, infringe-se de imediato, alguns dos direitos básicos desses jovens, que são regidos pelas Regras Mínimas das Nações Unidas, que cita a Proteção de Jovens Privados de Liberdade estabelecendo o princípio – ratificado pelo ECA nos artigos 94 e 124.

Podemos citar aqui o Centro de Atendimento Juvenil Especializado I (CAJE), antigamente localizado na Asa Norte, que foi demolido no dia 29/03/2014, por motivos de superlotação e recorrência de episódios de violência dentro de suas unidades, possivelmente desencadeadas pela extrema superlotação e condições precárias das instalações. Quando estava ativo, atendia adolescentes do sexo feminino e masculino em situações distintas: pernoite (para aqueles que aguardavam apresentação ao Ministério Público); Internação Sanção (reiteração, em geral, por descumprimento de medida socioeducativa anterior, no prazo máximo de três meses); Internação Provisória, ou seja, aguardando decisão judicial, permanecendo por período máximo de quarenta e cinco dias; internação, por prazo indeterminado, não superior a três anos.

Segundo constatado pelo PRODEQUI em um estudo feito para o projeto do Curso de extensão universitária no contexto da educação continuada do sistema socioeducativo do Distrito Federal, (Tal apontamento foi feito em 2009, quando o centro ainda estava ativo.) “As condições físicas do Centro não estão em consoância com as diretrizes apresentadas pelo SINASE. Ao longo de duas décadas o Centro tem sido reformado e ampliado, sem, contudo, atender aos padrões desejáveis para a implementação do regime de internação. Atualmente, o CAJE atende cerca de 300 adolescentes e jovens, mensalmente, operando acima de sua capacidade, que é de 160 adolescentes.”

Após especificar os direitos garantidos e estabelecidos pela lei e um exemplo próximo de nossa realidade, vemos que tais espaços físicos fornecidos através das Unidades de privação de liberdade e que supostamente, deveriam assegurar os requisitos de saúde e dignidade humana, deixam muito a desejar; de acordo com o SINASE, 71% (setenta e um por cento) das direções dessas entidades e/ou programas de atendimento socioeducativo de internação pesquisadas em 2002 afirmaram que o ambiente físico das mesmas não é adequado às necessidades da proposta pedagógica estabelecida pelo ECA. Tais inadequações variavam desde a inexistência de espaços para atividades esportivas e de convivência, até as péssimas condições de manutenção e limpeza. Outras Unidades, porém, mesmo dispo de equipamentos para atividades coletivas, não eram utilizadas. Muitas Unidades funcionavam em prédios adaptados e algumas eram antigas prisões sendo que várias dessas se encontravam com problemas de superlotação com registro de até cinco adolescentes em quartos que

possuíam capacidade individual e os quartos coletivos abrigavam até o dobro de sua capacidade (SINASE).

Após uma avaliação somática, e sabendo que ao se analisar a atual realidade institucional, podemos ver que no âmbito das unidades de Internação, constata-se que diversos aspectos de recursos humanos, pedagógicos e até os escassos recursos de infraestrutura colocam grandes desafios para o processo socioeducativo que deveria ser desenvolvido com esses adolescentes. Sendo assim, deve-se refletir sob quais defasagens atuar, quais aprimoramentos poderiam ser introduzidos no sistema socioeducativo e de saúde, para que assim, se possa atuar efetivamente e amplamente na transformação desta realidade.

“A maioria das Unidades de Internação e Semiliberdade existentes são remanescentes dos programas criados sob a égide da doutrina da situação irregular. No esforço de reordenarem as instituições, conforme determina o Estatuto, ao assumirem suas responsabilidades pelo atendimento aos adolescentes, os Estados e Municípios herdaram as estruturas físicas, os recursos humanos e conseqüentemente a cultura institucional que se solidificou ao longo das décadas em que vigorou o Código de Menores.” (Proposta para o Projeto Político Pedagógico do SIDASE – UnB, 2009)

Sabendo dessa precarização do sistema socioeducativo, e enfatizando as palavras dispostas no documento do SINASE, foi-se relatado que na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) apontou-se desafios para a SEDH (Secretaria de Direitos Humanos), onde a reinserção do adolescente em conflito com a lei, deveria ser agregada na análise situacional do atendimento socioeducativo, bem como para a política de atendimento socioeducativa. Entre tais mudanças almejadas, destacam-se:

- a necessidade de fiscalização e monitoramento dos programas de execução socioeducativo;
- a ampliação de quadros e recursos aplicados na área, em especial quando se trata do sistema de defesa, que conta ainda com um número insuficiente de Varas, Promotorias e Defensorias Públicas especializadas;
 - o estabelecimento de uma rede de interação entre os diversos entes da Federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); entre os Poderes (Executivo, Judiciário e Legislativo) e o Ministério Público;
- o conhecimento da realidade do sistema socioeducativo e da doutrina da proteção integral por parte dos atores do sistema;
- o apoio para maior produção e aproveitamento das informações, pesquisas e trabalhos sobre a temática do adolescente em conflito com a lei;
- a ampliação de recursos orçamentários e maior otimização dos recursos existentes;
 - a divulgação da realidade e incentivo à discussão com toda sociedade a fim de internalizar amplamente os princípios e práticas compatíveis com a doutrina da proteção integral;
 - a incorporação do adolescente em conflito com a lei nas diferentes políticas públicas e sociais.

Para reverter essa realidade ainda são necessárias grandes mudanças, como o próprio SINASE expõe, dentre elas estão: o reordenamento institucional das Unidades de internação; ampliação do sistema em meio aberto; organização em rede de atendimento; pleno funcionamento do sistema de defesa do adolescente em conflito com a lei; regionalização do atendimento; municipalização do meio aberto; capacitação dos atores socioeducativos; elaboração de uma política estadual e municipal de atendimento integrada com as demais políticas; ação mais efetiva dos conselhos estaduais e municipais; ampliação de varas especializadas e plantão institucional; maior entendimento da lei e suas especificidades; integração dos órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública, Assistência Social, na operacionalização do atendimento inicial do adolescente em conflito com a lei, e atendimento estruturado e qualificado aos egressos (SINASE, 2012).

A implementação do SINASE objetiva primordialmente o desenvolvimento de uma ação socioeducativa sustentada nos princípios dos direitos humanos, defendendo a ideia dos alinhamentos conceitual, estratégico e operacional, estruturada, principalmente, em bases éticas e pedagógicas. Tomando essas políticas como base, pode-se analisar o enfrentamento do uso de substâncias psicoativas em meio aos jovens em conflito com a lei que estão cumprindo medida de internação, devendo comparar tais Políticas Sociais na área da saúde e sócio-educação envolvidas nesse processo de intervenção e emancipação, com o processo de efetivação dos direitos precarizados, para que assim, haja uma maior efetivação dos direitos que esses jovens detém. O mapeamento dessas ações, junto às ações das políticas explicitadas num contexto onde a intersetorialidade é abrangente, pode gerar um aprimoramento no enfrentamento de tal questão social.

Ao ser, a intersetorialidade, considerada um rompimento da tradição fragmentada da política social, que se divide em setores, admite-se que ela propicie mudanças de fundo, isto é, de conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além de um novo tipo de relação entre Estado e cidadão. (PEREIRA, 2014, p.20)

Apesar de seu caráter quantitativo reduzido, a questão do adolescente infrator possui um indubitável efeito contaminante negativo sobre o conjunto das políticas sociais. Quem não resolve este problema compromete todas as políticas sociais para a infância em geral e os direitos humanos do adolescente infrator em particular. A questão do adolescente infrator constitui um extraordinário termômetro da democracia. (MENDEZ, 2006)

Na Promoção e Proteção à Saúde de Consumidores de Álcool e outras Drogas, feita pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, aponta-se a necessidade de potencializar essa prevenção institucional, contrária justamente, à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e por consequência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas, focando-se no presente trabalho, nos adolescentes em conflito com a lei, que fazem uso de tais substâncias; ou seja, uma parcela ainda mais fragilizada. Ainda de acordo com a Política do MS (Ministério da Saúde), ressalta-se que é necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania.

Neste sentido, fica a encargo do SUS preconizar o acesso a diversas políticas intersetoriais que junto às políticas da socieducação, devem unir saberes de forma a garantir a promoção de bem-estar físico, mental e social em suas políticas setoriais, enfatizando a Atenção Básica e sua capacidade de trabalho no âmbito individual e coletivo, em especial as ações de educação em saúde. Destacam-se assim, estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental e suas estratégias voltadas para a prevenção contra o álcool e outras drogas, sendo sempre necessário levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos já que, em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas pode estar associado à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

4.2. AS POSSIBILIDADES DA INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE MENTAL PERANTE O USO DE DROGAS FEITO POR ADOLESCENTES

Citando a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, transcrevemos que, historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar

que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

A falha na interpretação e efetivação do acompanhamento nessa área, com uma percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas, promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, assim, o indivíduo e o seu meio de convívio acabam ficando, aparentemente, relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas/terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência.

Os principais limites observados pela não priorização, por parte do MS, de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, podem ser percebidos a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o Sistema Único de Saúde - SUS, seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas. Isto também ocorre no que se refere ao resgate do usuário do ponto de vista da saúde (e não tão somente moralista ou legalista), e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade.

Sendo assim, a atenção psicossocial no SUS se torna uma ferramenta de extrema importância para emancipar direitos e orientar adolescentes e demais usuários quanto ao uso e abuso dessas substâncias; deve fortalecer o vínculo destes com as diversas políticas de saúde que foram e serão ainda abordadas no vigente trabalho, de forma que os mesmos se sintam acolhidos e devidamente informados para que dessa forma, possa haver uma diminuição no elevado número de evasão que esses jovens costumam fazer no decorrer de sua permanência na medida socioeducativa ou de saúde.

O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 28)

Sabemos que não há produção de saúde sem produção de saúde mental, logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos.

Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras) (Ministério da Saúde, 2014).

Posto isso, a cartilha de Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS, ressalta que uma política de saúde mental infantojuvenil deve considerar como diretrizes que a criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma, são sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala, a noção de sujeito implica também a de singularidade, ou seja, não é possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. Nessa linha, é preciso reconhecer voz e escuta de cada criança e adolescente. Cumpre alertar que, mesmo na ausência de pais ou responsáveis, crianças e adolescentes têm direito ao atendimento eventual ou não eventual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Tendo isso como ponto norteador para o acesso a tais políticas e programas, apontaremos alguns princípios disponibilizados para a devida efetivação dos serviços prestados e garantidos a esses adolescentes e demais usuários de substâncias psicoativas que necessitem de acompanhamento:

Os Programas de Redução de Danos (PRD) voltados a crianças e adolescentes: Devem considerar as características de desenvolvimento do adolescente, suas subjetividades e totalidade. Para tanto, é necessária a implementação de parcerias que desenvolvam uma ação sistemática em rede dos diversos setores governamentais, além das instituições da sociedade civil visando a criação de espaços de acolhimento estruturados através de vínculos de confiança onde o foco da intervenção não é voltado apenas ao consumo de drogas, mas também a promoção de alternativas de lazer, de atividades esportivas e culturais, de resgate da cidadania através da inserção numa rede sócio-familiar que possa promover saúde e cidadania.

Assim, deve-se buscar de forma ativa o usuário nos locais onde vive e faz uso de drogas, efetivar um vínculo ético e afetivo com intuito de promover a confiança, abordagem não estigmatizante, não excludente, sigilosa e baseada na empatia, intervenção que respeita e promove a autonomia, reconhecendo direitos e escolhas, realização de ações de educação em saúde que promovam novos modos de relação com as drogas a partir do estabelecimento de

um compromisso, não ideal, mas possível e desejável, com a preservação da própria vida e com a saúde .

LEI Nº. 11.063, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1998:

§ 1o As atividades de Redução de Danos, previstas no “caput” deste artigo, incluindo a troca de agulhas e seringas descartáveis, dirigidas aos usuários de drogas injetáveis, deverão contemplar as seguintes ações: I – orientar e aconselhar sobre riscos à saúde decorrentes do uso de drogas; II – orientar e aconselhar sobre procedimentos destinados a minimizar os riscos inerentes ao uso de drogas, incluindo os métodos de desinfecção de agulhas e seringas;

LEI Nº. 11.343, DE 26 DE AGOSTO DE 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e dá outras providências.

O acolhimento universal significa que todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde física e de saúde mental, têm direito de receber o devido acompanhamento e atendimento que necessitem. É muito interessante salientar que, na cartilha do Ministério da Saúde 2014 - Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS, há uma peculiaridade exposta no próprio texto: “É bastante comum neste campo da atenção à saúde mental infantojuvenil que os profissionais do serviço não se sintam aptos a realizar o atendimento com base na alegação de que um determinado tipo de paciente 'não tem perfil' para tal serviço (sobretudo quando se trata de usuários de álcool e outras drogas e ainda mais tendo cometido algum ato infracional)”. Vê-se neste trecho, que há ainda uma certa dificuldade em romper com determinados estigmas. Porém, em contrapartida, podemos ver que a abordagem feita na atenção psicossocial disponibilizada pelo SUS está enfrentando e tentando romper com tais retrocessos ao continuar : “É preciso reconhecer as resistências e dificuldades dos profissionais de saúde em atender esta clientela e pensar em estratégias para superá-las, mas é imprescindível que se garanta o acolhimento da demanda (que deve ser recebida, ouvida e respondida).”

Quanto à Construção permanente da rede e da intersetorialidade a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. Neste sentido, é imprescindível a convocação dos atores intersetoriais, sem os quais não será possível uma resposta potente aos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

A partir dessas abordagens institucionais, pode-se encaminhar o adolescente para o devido programa, de acordo com suas necessidades e especificidades, cabendo ao SUS articular esses diversos serviços, sendo importante mencioná-los:

Rede de Ação Psicossocial – RAPS: Foi instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, onde prevê a criação, ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, promovendo a vinculação desses usuários e de suas famílias, garantindo assim, articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Desta forma, qualifica o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Destacam-se a promoção dos cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenção do consumo e a dependência de álcool e outras drogas além de reduzir os danos provocados pelo seu consumo; deve promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária; devendo também, produzir, ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção, cuidados e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial e por fim, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais, oferecem atendimento à população, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Também atendem os usuários em seus momentos de crise, apoiando os mesmos e suas famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento.

Dispõe de equipe multiprofissional composta por médico/psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. Importante mencionar que o trabalho nos CAPS é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe) de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, seu cuidado é desenvolvido mediante projeto terapêutico singular e envolve em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas 24horas – é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas, porém, atua em diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não-intensivo (até três vezes por mês).

Este é um serviço ambulatorial territorializado que integra uma rede de atenção em substituição ao modelo hospitalocêntrico, com viés voltado à internação psiquiátrica, e que tem como princípio a reinserção social. Realiza tal abordagem emancipadora ao realizar ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar), prevenção e capacitação de profissionais para lidar com os dependentes.

O serviço do CAPS é a porta de entrada dos usuários de álcool e drogas no Sistema Único de Saúde, tem como público específico os adultos, porém, também pode atender crianças e adolescentes desde que sejam observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSi – um serviço de atenção diária especializado no atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves, usuários de álcool e outras drogas e todos aqueles que por sua condição psíquica, estejam impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais e afetivos. Este serviço conta com os seguintes profissionais: psiquiatra infantil, psicólogos, assistente social, auxiliares de enfermagem e oficinairos. Os usuários chegam através de encaminhamentos médicos, da Secretaria de Educação, da Justiça, entre outros.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS – é uma unidade pública que oferta serviço especializado e continuado a famílias e indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres), em situação de ameaça ou violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de risco pessoal e social associados ao uso de drogas, etc. Busca construir um espaço para acolhimento, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares, dentro de seu contexto social, deve permitir a superação da situação apresentada.

Os serviços ofertados nos CREAS são desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas.

Realiza ações conjuntas no território para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida. Os CREAS podem ter abrangência tanto local (municipal ou do Distrito Federal) quanto regional, abrangendo, neste caso, um conjunto de municípios, de modo a assegurar maior cobertura e eficiência na oferta do atendimento.

A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil – UAI – é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Acolhe e oferece cuidados contínuos e de proteção, com disponibilidade de até 10 crianças e adolescentes, sempre observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A permanência no serviço é de caráter voluntário, devendo garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para os usuários por até 6 meses e oferecer a este público e seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas trabalha com a reorientação do modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, em direção a uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Sob os princípios do disposto na Lei nº 10.216, de 06/04/2001, a rede caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social. Os serviços de saúde mental infantojuvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS): realizam ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, devendo ser compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. A proximidade das equipes de Atenção Básica com as famílias, as escolas e outros espaços de convivência de crianças e adolescentes é um fator positivo para a formação de vínculos e a efetividade dos trabalhos que elas podem

desenvolver para a população infantojuvenil no território. É importante também reafirmar o papel estratégico das equipes de Atenção Básica na promoção da saúde mental de adolescentes privados de liberdade. As ações devem ser realizadas no ambiente socioeducativo e fora dele para os adolescentes internados, suas famílias e também com os profissionais envolvidos com seus cuidados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.)

A atenção residencial de caráter transitório conta com a Unidade de acolhimento infantojuvenil, destinada a adolescentes e jovens de 12 até 18 anos completos. Tal espaço pode ser um recurso nos projetos terapêuticos elaborados para o adolescente, sua família e a equipe dos CAPS, por favorecer a ampliação de suas possibilidades de inserção social e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação. Dessa forma, as unidades de acolhimento infantojuvenis podem ser importantes dispositivos no sentido de evitar internações desnecessárias, favorecendo o fortalecimento de ações de cuidado pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, reforçando o paradigma da inserção social para a promoção de saúde mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.)

Existe também a Atenção de urgência e emergência, com pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros.

Estes serviços são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Nos casos de crianças e adolescentes que apresentem quadros de abstinência (inclusive os que cumprem medida socioeducativa de internação), intoxicação por uso de droga ou alguma outra situação de crise (sobretudo em períodos de internação provisória), se houver um CAPS na região, esse serviço poderá ser acionado para uma primeira avaliação e para proceder ao atendimento/acompanhamento. Caso a equipe do CAPS avalie como necessário, pode-se recomendar o acionamento/encaminhamento para outro ponto de atenção de urgência ou hospitalar do município ou da região, segundo os princípios da Lei nº 10.216/2001.

Crianças e adolescentes também passam pelo quadro de emergência do uso de álcool, *crack* e outras drogas ou de alguma condição psiquiátrica, é importante que esses jovens sejam recebidos em qualquer um dos pontos de atenção disponíveis e que as medidas cabíveis sejam realizadas no menor tempo possível, ao ser efetuada a internação hospitalar, ou atendimento que tenha sido recomendado de acordo com o profissional, o direito a acompanhante deve ser garantido, inclusive quando se tratar de adolescentes em cumprimento

de medida privativa de liberdade. Os serviços hospitalares de referência em saúde mental devem ser apontados na contratualização entre as unidades socioeducativas e a rede de saúde, conforme o previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) (Portaria MS/SAS nº 647/2008).

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação é o último recurso a ser acionado e só deve ser acionada quando estiverem esgotadas as possibilidades de cuidado nos serviços comunitários de base territorial. Segundo o artigo 3º, inciso 3º, fica vedada a internação em instituições de características asilares.

A Lei nº 10.216/2001, define as internações nas seguintes modalidades:

- I - voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A adesão aos serviços deve ser construída com o usuário, sendo necessário esclarecer a contraindicação de medidas como o recolhimento compulsório, que ocorre, algumas vezes, na tentativa de responder aos problemas relacionados ao uso do *crack* e de outras drogas. É importante lembrar que os momentos de crise são os de maior fragilidade do usuário e é necessário que ele tenha sempre alguém de referência em seu acompanhamento.

Na discussão da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, assim como na garantia da saúde integral dessa faixa etária, é necessário e fundamental conferir a devida importância aos processos educativos e às instituições que delas se ocupam formalmente, sendo estas medidas tanto na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais, auxiliadoras no enfrentamento dessas fragilidades sociais.

A fim de explicitar e aprofundar brevemente esse contexto de fragilidade social, exemplificado na questão social dos adolescentes em conflito com a lei e que fazem uso de substâncias psicoativas, cita-se Paugam (2004), que define a exclusão como uma noção familiar dos últimos anos, destinada a retratar a angústia de numerosos segmentos da população, “inquietos diante do risco de se ver um dia presos na espiral da precariedade”, acompanhando “o sentimento quase generalizado de uma degradação da coesão social”.

Paugam busca, assim, distinguir entre precariedade e exclusão, colocando a primeira como estágio anterior; na Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília - SER SOCIAL 3 (p. 11), onde o

foco reside na temática Exclusão Social e Situações de Risco, Pedro Demo aprofunda esse debate focando a priori, na teoria de Paugam, onde há a continuidade do debate referente ao que o mesmo diz como gerador de um fenômeno novo e a emergência de um “novo paradigma” de pobreza. “Hoje o debate não repousa mais sobre a sociedade desigual, não porque tenha desaparecido- na verdade está renovada sob formas diversas (...) mas porque não é mais suficiente para explicar os fenômenos de ruptura e de crise identitária que caracterizam o processo de exclusão (...)” (p.11).

Castel (1998), ao definir com mais primazia o conceito de exclusão, diz que se trata de uma população marcada pela vagabundagem, mendicância, criminalidade e atividades infames. Seriam seus traços comuns: falta de acesso ao patrimônio e ao trabalho regulado, obrigando-a a viver de expedientes eventuais e da mendicância; mobilidade incontrolada; formas típicas de relações familiares e sociais, estigmatizadas por liames pouco coesos. Fala também do “desenraizamento” como fenômeno fundamental no começo do processo de exclusão: “a marginalidade - dever-se-ia antes dizer marginalização - é assim uma produção social que encontra sua origem nas estruturas de base da sociedade, na organização do trabalho e no sistema e valores dominantes a partir dos quais se repartem os lugares e se fundem as hierarquias, atribuindo a cada um sua dignidade ou sua indignidade social” (Castel, 1998).

Castel (1998) fecha o pensamento dizendo que “a exclusão não se esgota no afastamento do mercado de trabalho, mas ganha significação tanto mais drástica no processo de destruição de valores integrativos tradicionais, atingindo os patamares da precariedade marcada pela não-pertença e impotência” .

Para concluir e sintetizar a amplitude que a exclusão social alcançou nos dias de hoje, podemos citar Rosanvallon (1998), ainda seguindo o pensamento acima: “mesmo em termo da democracia formal, seria pouco consistente imaginar que a atenção dedicada aos excluídos adviesse apenas de conotações éticas, porque é por demais visível o temor diante de uma situação da qual se pode perder o controle. O próprio aumento crescente dos excluídos, atingindo cada vez mais indivíduos de estratos superiores, significa que não se trata de segmentos disfuncionais apenas. Ainda que não fizessem falta ao processo produtivo, por conta da intersividade do conhecimento, são também uma preocupação contagiante do ponto de vista político, tornando as opções de futuro cada vez mais incertas e temerárias”.

Percebe-se que a exclusão social adquire um amplo papel e que, ao focarmos nos adolescentes em conflito com a lei, percebemos um leque vasto de mais fragilidades, sendo cada vez mais ampliada quando se trata de adolescentes em conflito com a lei e que fazem uso

de substâncias psicoativas - atual temática; a amplitude disto deve ser analisada de forma minuciosa, sendo que para tal enfrentamento, é necessário um rompimento com a perspectiva higienista e positivista, que muitas vezes ainda se enraíza na sociedade contemporânea; uma visão onde há a apenas culpabilidade do indivíduo e a procura imediata da ação, deixando de analisar a sua totalidade e que, apesar de grandes batalhas e conquistas realizadas pelos profissionais no decorrer dos anos, ainda é vivenciada no cotidiano de nossa sociedade, causando um preconceito e estigma perante esses jovens.

A tentativa de romper com esta postura positivista fez com que se descobrisse na lógica dialética a orientação para um conhecimento da realidade no seu conjunto (ou totalidade) sem suprimir as suas contradições, sem retificar as suas sinuosidades e sem desconsiderar o seu caráter dinâmico e relacional. (PEREIRA-PEREIRA, 2014, p. 23)

Adolescentes e jovens, por sua vez, constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente “saudável” evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, vulnerabilizam-nos e os conduzem para situações de violência e adoecimento. Riscos produzidos pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) podem influenciar o gozo dos direitos e as oportunidades a que adolescentes e jovens brasileiros têm acesso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade brasileira, desde seu descobrimento e o advento da era industrial, se encontra em um quadro de profundas desigualdades sociais, onde a correlação de forças se vê proeminente. A parcela fragilizada e desprivilegiada da população luta por seus direitos, que muitas vezes, lhes são apresentados como filantropia. As contradições do capital estão lado a lado com a realidade dos jovens da atualidade, os mesmo se veem inseridos em uma sociedade ao mesmo tempo avançada, com largo acesso às mídias sociais, como televisão, internet e capitalismo desenfreado, com consumo excessivo de bens materiais e, por outro lado, uma visão ainda retrógrada onde as questões sociais estão fortemente aguçadas. A luta de classes é ainda um fôlego perdido na opressão que acomete aqueles que fazem parte do exército industrial de reserva, que funciona visando apenas a acumulação do capital de grandes empresários, nunca o bem estar da sociedade civil, ou ao menos, da parte pobre que a compõe.

Nesse contexto complexo, os jovens se veem, muitas vezes, alheios aos seus direitos, sejam eles educação, saúde, lazer e etc. Sendo constantemente bombardeados pela utopia de mercado, os mesmos se sentem frustrados ao ocupar cargos funcionais que pouco lhes retornam lucro ou prazer em exercer suas atividades, ficam ansiosos para fazer parte daquilo que lhes é vendido na mídia; alguns acabam recorrendo aos atos infracionais, como medida imediatista para consumo, ou para ajudar nas despesas do lar, por desespero ao ver faltar mantimentos básicos à dignidade humana em sua própria casa, onde seus familiares também estão inseridos nesse contexto de desigualdade proeminente, ou seja, por um contexto social desfavorável ao seu desenvolvimento, que o leva a não ter outras possibilidades; as razões são diversas. Sejam quais forem, devem ser vistas sem julgamentos leigos, visando sempre a totalidade da situação que os levou a estar naquela determinada situação.

Diante desse breve quadro histórico, percebe-se que os adolescentes que se apresentam na situação de internação e que possuem hábitos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, estão em constante fragilidade em seus direitos e em necessária reestruturação de seu papel social, a fim de amenizar tais fragilidades, é de vital importância acionar a intersetorialidade, multiprofissionalidade e atividades multidisciplinares, romper com a fragmentação e os saberes especializados na sócioeducação, incorporando os conteúdos de formação das Políticas Setoriais para o Sistema de Atendimento Socioeducativo de forma participativa e descentralizada, para que assim, as disparidades sociais possam ser amenizadas, já que elimina-las por completo, é uma utopia na sociedade capitalista.

É através desse mecanismo de orientação e emancipação de direitos, que as questões sociais podem ser atenuadas e evidenciadas com intuito de garanti-los através de medidas provindas pelas políticas sociais e trabalho efetivo dos assistentes sociais e demais profissionais, através da socialização de direitos e demais estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais.

Há ainda quem veja no exercício da intersetorialidade a possibilidade de substituição de necessidades por direitos, como se as políticas sociais não tivessem como principal atribuição a concretização de direitos sociais para atender necessidades que, no sistema capitalista, constituem a força desencadeadora da conquista da cidadania.(PEREIRA-PEREIRA, 2014, p. 5)

Na esteira desse pensamento, podemos citar Potyara Pereira (p. 18) ao dizer que, para além de um conceito, a política social constitui um processo internamente contraditório, que simultaneamente atende interesses opostos - o que exige esforço mais aprofundado de conhecimento dos seus movimentos, tendências, contratendências e relações, com vista ao estabelecimento de estratégias políticas compartilhadas favoráveis à extensão da democracia e da cidadania. Portanto, é pela perspectiva dialética, e não linear, ou meramente agregadora, que a intersetorialidade das políticas sociais deve se pautar, caso queira ser fiel à realidade – que, por natureza, é dialética - e não pretenda transformar processos políticos, potencialmente conflituosos, em neutras prescrições administrativas.

Vê-se assim, que apesar de diversos avanços na área relacionada ao uso de psicoativos, ainda há muita luta a ser feita pelos profissionais que compõe o sistema de socioeducação juntamente à sociedade civil e Estado, o acompanhamento e preocupação com tais questões, deve ser visto como algo além de um mero uso recreativo, é questão de saúde pública e obrigação do Estado emancipar e encaminhar esses jovens ao sistema de saúde.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **Construção de proposta de avaliação dos fatores de risco de proteção para uso de redes sociais para o uso de drogas no contexto das redes sociais, de adolescentes em conflito com a lei.** 2009. v, 185 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ABREU, R.; SOUSA, A.; DIAS, L.; ALMEIDA, G.; DIÓGENES, M.; MOREIRA, T. Artigos advindos: Educação em saúde para prevenção das doenças cardiovasculares: Experiência com usuários de substâncias psicoativas. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 13-21, jul./set. 2014.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei nº 8.069/90. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.** Lei 12.594/12. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente.** Brasília, DF, 2006.

CARVAJAL, G. **Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose.** 1ed. São Paulo. Editora Cortez, 1998.

CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis. Vozes, 1998.

CÓRDOVA, R. A.; LEITE, L. F.; SUDBRACK, M. F. O. **Proposta para o Projeto Político Pedagógico do SIDASE.** Curso de extensão universitária, convênio com SEDH/UnB em parceria com SEJUS/DF. Brasília, 2009.

IAMAMOTO, M; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez; Lima: CELATS, 1983.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. C. G.; ROCHA, G. O. R. **Analítica das práticas de violência contra crianças e adolescentes: uma história do presente das políticas para a infância no Brasil atual.** SER Social, Brasília, v. 14, n. 31, p. 288-305, jul./dez. 2012

MENDEZ, E. G. Apud SARAIVA, J. B. C. **Compêndio de direito penal juvenil: adolescente e ato infracional.** 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>

MIOTO, R. C. T. **Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias.** Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais.

MIOTO, R. C. T. **Estudos Socioeconômicos. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais.** 2009. Disponível em: <<http://cressrn.org.br/files/arquivos/8B11wB4614LYr7zq15a4.pdf>>

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. **Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos.** Brasília. SER Social. v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009.

MUZA, G.M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M.A. **Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil).** I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. Revista Saúde Pública, 1997, fevereiro; 31(1): 21-29.

PEREIRA, P. A. P. **A intersetorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética.** 2014. Disponível em: <<http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/Texto%20Potyara%20-%20intersetorialidade.pdf>>

SCARELLI, C. B.; NESPOLI, J. S.; OLIVEIRA, J. A. **Adolescente autor de ato infracional e as medidas sócio-educativas: penalidade e reintegração social.** 2008. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/884/863>>

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva** [on line], [citado 02 out 2007]; 10 (3): jul/set 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027&lng=en&nrm=iso>

SILVA, E. A.; SUDBRACK, CARVALHO. **Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Consumo de Drogas**. Brasília. PLANO, 2004.

SZYMANSKI, G. **Artigos advindos: Serviço Social & Sociedade**, famílias. Ano XXIII, especial 2002. Editora Cortez.

TEIXEIRA, S. M. T.; PEREIRA, K. Y. L.; **Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social**. Porto Alegre. Textos & Contextos. v. 12, n. 1, p. 114 - 127, jan./jun. 2013.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. **SER SOCIAL 3** - Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social - Exclusão Social e Situações de Risco. Brasília, 1998.(p.11)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Programa de Capacitação Continuada em Serviço Social - Módulo 4; **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. CFESS, ABEPSS-CEAD\NED - Brasília.

ANEXO I

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAJE	Centro de Atendimento Juvenil Especializado
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CIAGO	Centro de Internação de Adolescentes Granja das Oliveiras
CIAP	Centro de Internação de Adolescentes de Planaltina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória
PRD	Programas de Redução de Danos
PRODEQUI	Programa de Estudos e Atenção à Dependências Químicas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEDH	Secretaria de Direitos Humanos
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde