



**Vitor Hugo Pinto**  
vitorhp81@gmail.com

*Terapeuta Familiar e de Grupos pelo Instituto Familiae. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Nove de Julho, especialista em Saúde Mental pela Universidade Cidade de São Paulo e especialização em Saúde Coletiva pela Universidade Cruzeiro do Sul. Terapeuta Cognitivo-comportamental pelo Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental. Tem experiência clínica em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e atua no momento em Unidade Básica de Saúde.*

# A DIFÍCIL ADESÃO AO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS EM CAPS-AD



Baixar artigo

**ARTIGO**

O artigo pretende investigar a difícil adesão ao tratamento de adolescentes considerados dependentes químicos em CAPS AD. Para tal, utilizou-se de referências bibliográficas sobre a relação entre dependência química e adolescência para a exploração do tema, da experiência profissional do pesquisador como psicólogo neste tipo de serviço, além de dados estatísticos sobre o uso de drogas psicoativas nesta específica população. Os principais fatores para a baixa adesão encontrados foram: menor motivação para o tratamento; maior resistência a mudanças; uso de múltiplas drogas; menor participação familiar no tratamento; estrutura deficitária dos serviços disponíveis; e a não existência de serviços especializados suficientes. Concluiu-se como pontos essenciais a serem reforçados para modificar tal quadro: a implantação de um modelo de promoção de saúde e prevenção precoce e emprego efetivo da política de redução de danos (RD) nos serviços existentes.

Palavras-chave: adesão, adolescência, CAPS AD, drogas,

## **1 - INTRODUÇÃO**

A escolha do tema surgiu após trabalho desempenhado como psicólogo em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) por dois anos e meio, entre 2011 e 2013. Nesse serviço, a demanda de adolescentes por tratamento era relativamente alta. O padrão de uso era variado, assim como as drogas de escolha. Em sua maioria, os jovens utilizavam múltiplas drogas de modo abusivo, estando o álcool, sempre presente.

O tratamento proposto aos adolescentes não repercutia na boa adesão deles devido, entre outros fatores, à inadequação estrutural e ao funcionamento técnico-administrativo do serviço. O CAPS AD voltava-se, principalmente, ao tratamento de adultos dependentes químicos. No entanto, segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Portaria n.3.088/2011 (institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde) , que considera as determinações da Lei n.10.216/2001, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069/1990), dentre outras Leis, também cabe a este importante serviço atender adolescentes dependentes químicos.

Notava-se que os jovens não aderiam ao tratamento da forma esperada, ou seja, poucos frequentavam após o acolhimento inicial o serviço de modo efetivo e/ou assíduo, apesar da demanda ser substancial. Outro serviço que poderia compartilhar esse atendimento seria o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I). Porém, este equipamento tinha, como público-alvo, crianças e adolescentes com outras demandas, casos de psicose, autismo e neurose grave, a princípio, sem correlação com o uso de drogas psicoativas.

## **2 - REFERENCIAL TEÓRICO**

Como embasamento teórico, foram utilizados artigos científicos sobre a complexa adesão ao tratamento da dependência química em jovens, obras psicanalíticas acerca da adolescência e teorias neuroquímicas sobre a dependência química apresentadas ao longo da apresentação dos resultados.

## **3 - OBJETIVOS**

Diante da prévia experiência profissional citada, diversas questões surgiram sobre a adesão ao tratamento dos adolescentes considerados dependentes químicos. É notório o crescente número de jovens brasileiros que fazem uso de drogas psicoativas e, em grande parte, carecem de orientação ou tratamento. Entretanto, ao procurarem ajuda, não a encontram de forma eficaz ou, ao menos, satisfatória. Dessa forma, neste trabalho, questiona-se quais seriam os fatores preponderantes para um jovem prosseguir em seu tratamento para dependência química em CAPS AD e quais facilitariam seu prematuro abandono.

## 4 - MÉTODO

Pretende-se, no decorrer deste trabalho, descrever parte da experiência profissional do autor como psicólogo em CAPSAD, utilizando-se do método de pesquisa baseado em dados empíricos do autor, além de uma breve revisão bibliográfica em que serão expostos dados estatísticos brasileiros sobre o uso de drogas psicoativas em adolescentes, além da apresentação das principais políticas públicas sobre saúde mental e tratamento para a dependência química.

## 5 - RESULTADOS E ANÁLISE / DESENVOLVIMENTO

### Dependência química

A Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), pertencente à Organização Mundial da Saúde (OMS), começou a ser utilizada em 1995, porém, passou por constantes atualizações, sendo a mais recente versão publicada em 2008. Estão entre os códigos "F10 – F19" os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias ou drogas psicoativas.

Segundo Washton e Zweben (2009), substâncias psicoativas são agentes farmacológicos que alteram quimicamente a função do cérebro de maneira a causar mudanças no humor, percepção e/ou consciência de um indivíduo.

Outra parte fundamental da CID-10 se refere à classificação do padrão de uso da substância psicoativa. Um uso nocivo seria aquele prejudicial à saúde, no qual há complicações físicas e/ou psíquicas. A CID-10 traz uma equivalência deste uso ao padrão de "abuso".



A síndrome de dependência seria um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos desenvolvido após o consumo repetido de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo intenso pela droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das consequências negativas, à prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, ao aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física.

### A adolescência e sua singularidade

Para Papalia e Olds (2000), a adolescência é uma época suscetível a riscos, na qual alguns jovens se comportam de modo a restringir suas opções e limitar suas possibilidades futuras. Uma das questões mais recorrentes nessa fase é a busca da identidade que se forma somente após três importantes questões: a opção por uma ocupação, a aceitação de valores e o desenvolvimento de uma identidade sexual. Outro ponto relevante é a rede de amigos que condiz com uma das maiores e mais importantes fontes de apoio emocional e se oferece como pressão para o estabelecimento de determinados comportamentos. Papalia e Olds afirmam que os amigos de adolescentes são: “fonte de afeto, solidariedade e compreensão; lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais” (2000, p. 360).

Conforme Aberastury e Knobel (2011), a adolescência se refere ao período da vida compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo, geralmente entre 13 e 21 anos. Nas mulheres, seria dos 12 aos 21 anos e, nos homens, geralmente, dos 14 aos 25 anos.



As características da adolescência englobam uma busca por si mesmo e da identidade, uma tendência à formação e identificações grupais, necessidades de se intelectualizar e fantasiar, crises no âmbito da religiosidade, deslocalização espacial, inadequação temporal, incremento da sexualidade manifesta, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas, separação progressiva dos pais, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. Tais autores denominam essas particularidades como “síndrome da adolescência normal”.

Quando se referem ao pensamento do adolescente, os autores afirmam que ele se determina por um processo de tríplice luto (corpo infantil, identidade infantil e pais da infância). Já com relação à tendência grupal do adolescente, os autores, afirmam que: “Às vezes, o processo é tão intenso que a separação do grupo parece quase impossível (...) inclina-se às regras do grupo, em relação à moda, vestimenta, costumes, preferências de todos os tipos, etc.” (Aberastury & Knobel, 2011, p. 37).

Para Silva e Mattos (2009) citado por Pinsky e Bessa (2009), o sistema nervoso central forma-se durante os primeiros anos de vida até a adolescência, assim como amadurecem suas estruturas cerebrais. Com isso, diante dessa linha de pensamento organicista e biológica, os adolescentes estariam mais sensíveis a agentes estressores externos, como, por exemplo, às drogas psicoativas que seriam sentidas no organismo do jovem de modo mais intenso do que nos adultos.

Vale ressaltar que tais características apresentadas podem ser vistas aqui como apenas fatores potencializadores e não como determinantes de uma suposta causa de uso em larga escala na adolescência.

### Leis e políticas públicas de saúde mental na adolescência

No Brasil, uma das Leis mais importantes relacionadas à adolescência é o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069 de 13/07/1990), mais conhecido como ECA. Entre outros pontos, tal lei assegura a essa população a chamada: “proteção integral”:

(...) sendo 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”. (Brasil, 1990).

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 20/11/1989, criança é todo indivíduo até 18 anos. Porém, no ECA, considera-se criança o indivíduo entre zero a 12 anos de idade incompletos e adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade incompleto. O Ministério da Saúde (MS) segue as recomendações da OMS, na qual criança é quem tem entre zero a nove anos completos e adolescente entre dez a 19 anos completos.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (Lei n.8.080 de 19/09/1990), instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O SUS é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada esfera do governo e apresenta dispositivos de controle social.

A Lei n.10.216 de 06/04/2001 também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica é imprescindível no contexto da saúde mental, pois dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tal redirecionamento procurou substituir o modelo manicomial, propondo paulatinamente o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que serão explicados adiante.

É oportuno enfatizar que apesar do empenho de muitos profissionais engajados em movimentos antimanicomiais, dos avanços e conquistas da Lei n.10.216/2001, ainda existem em funcionamento muitos hospitais e clínicas de “reabilitação” em drogas que seguem o modelo manicomial, voltados a internação de longa permanência. No que se refere principalmente a temática das drogas, existem inúmeras clínicas para “dependentes” químicos que não respeitam as Leis vigentes e ainda operam como grandes hospitais psiquiátricos do século XVIII, ou seja, em regime asilar, longe da família, da comunidade de origem, excluídos do social e ainda reféns de um imperativo de abstinência e de uma internação compulsória.

Retomando o quesito de avanços na área de saúde mental, merece destaque como registro histórico a Portaria MS/GM n.224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental de acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização da Lei Orgânica de Saúde. Todavia, foi em 1986 que se implantou o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva) em funcionamento até os dias atuais. Somente no ano de 2001 que a Lei n.10.216 foi sancionada no país e veio para corroborar e acrescentar pontos importantes à Portaria GM n.224/92.

Instituída pela Portaria MS/GM n.3.088 de 23/12/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê a criação, ampliação e articulação dos serviços de atenção à saúde para indivíduos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Dentre vários objetivos, destaca-se a promoção de cuidados em saúde, especialmente aos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), a prevenção do consumo, dependência de álcool e outras drogas, a perspectiva da Redução dos Danos (RD) com relação às diferentes formas de consumo, promoção da reabilitação, reinserção por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária. A RAPS se organiza conforme a seguinte tabela:

**Tabela 1** - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):

Atenção Básica em Saúde	- Unidade Básica de Saúde; - Núcleo de Apoio à Saúde da Família; - Consultório de Rua; - Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	- Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	- SAMU 192; - Sala de Estabilização; - UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção a urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- Unidade de Acolhimento; - Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar	- Enfermaria especializada em Hospital Geral; - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	- Serviços Residenciais Terapêuticos; - Programa "De Volta para Casa".
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	- Iniciativas de geração de trabalho e renda; - Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Com relação ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), a RAPS afirma que este serviço deve atender adultos e/ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do ECA, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um serviço de saúde mental aberto e comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Ainda com relação aos CAPS, segundo o MS (2014), é constituído por equipe interdisciplinar e realiza, especialmente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes. Atua de forma territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

### Dados sobre o uso de drogas psicoativas em adolescentes

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE de 2012, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizou como população de estudo, jovens do 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas, de todo o território brasileiro. A idade média ficou em torno de 13 a 15 anos. O total de estudantes respondentes foi de 109.104 no Brasil e 2.408 no Estado de São Paulo. Segue na tabela abaixo alguns dados sobre a pesquisa:

**12** – Padrões de uso de álcool e outras drogas em adolescentes (2012)

Questões	Brasil (%)	São Paulo (%)
Experimentaram bebida alcoólica no último ano	66,6	73,3
Consumiram álcool um dia nos últimos 30 dias	26,1	29,8
Sofreram episódio de embriaguez	21,8	25,9
Usaram drogas ilícitas alguma vez	7,3	11,6
Usaram maconha nos últimos 30 dias	2,5	5,2

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro,

Os resultados da PeNSE de 2012 também mostraram que, considerando exclusivamente os escolares que usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, 34,5% utilizaram maconha e 6,4% usaram crack. Em relação ao conjunto de estudantes do país, somente 0,5% relataram o uso de crack nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Outra fonte de dados epidemiológicos utilizada é o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino, nas 27 Capitais Brasileiras, de 2010, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A amostra total das 27 capitais brasileiras foi constituída de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública e 19.610 da rede particular. Concluiu-se que 25,5% dos estudantes referiram ter feito uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco). Destes 10,6% referiram uso no último ano e 5,5% referiu uso no mês, com pequenas diferenças entre os gêneros. A droga psicotrópica mais usada é o álcool, seguido pelo tabaco, energético com álcool, solventes/inalantes, maconha, ansiolíticos e cocaína.

### A adesão ao tratamento em dependência química

Inicialmente, torna-se mister definir o significado do termo “adesão” em se tratando de dependência química. Não se pretende considerar como a abstinência total de uso ou, até mesmo, como a progressiva redução de uso da substância psicoativa. Para fins de estudo e comparação, a adesão ou aderência ao tratamento, deve ser vista como uma determinação pessoal daqueles que iniciam o tratamento e o seguem da melhor forma possível, conforme o acordado na avaliação inicial realizada junto ao profissional técnico. De certa forma, não seria o que preconiza a World Health Organization (2003), que define adesão ao tratamento como a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde. Seria mais adequado dizer que a autonomia do usuário perante seu tratamento seria o foco da adesão, quando esta leva a uma melhora em sua qualidade de vida.

Os autores Araújo e Marcon (2012), citam que o CAPS AD deve ter como estratégia de atenção a redução de danos (RD), que visa minimizar os prejuízos individuais e sociais causados pelo uso das substâncias psicoativas, e considerar o usuário do serviço como protagonista de seu tratamento. Também afirmam que perfil do usuário com maior dificuldade em aderir ao tratamento é mais jovem, faz uso de drogas ilícitas, tem menos tempo de uso e tem menor suporte familiar.

Referente à estratégia Redução de Danos (RD), segundo o Ministério da Saúde, Portaria n.1.028 de 01/07/2005, as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, devem ser desenvolvidas por meio de serviços de saúde dirigidos a usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Ainda com relação à pesquisa de Araújo e Marcon (2012), sobre a adesão ao tratamento de adolescentes considerados dependentes químicos em CAPS AD em Cuiabá (MT), estes afirmam que:

(...) no grupo de adolescentes que permaneceram no serviço, a família teve participação frequente no tratamento, enquanto, no grupo que não permaneceu, a família participou de forma pontual. A participação da família no processo de tratamento é fundamental na adesão de adolescentes usuários de drogas ao tratamento. (p.232)

Para Marques (2011) citado por Silva (2011), levantamentos nacionais mostram um aumento do consumo de drogas psicoativas e uma iniciação cada vez mais precoce, fatos que impactam cada vez mais profundamente a sociedade em que vivemos e na saúde pública do país. Com relação ao tratamento são raros os casos em que o próprio jovem procura ajuda. E quando isso ocorre, será que o jovem consegue ser visto em sua singularidade e em sua demanda específica, ou seja, em sua fase peculiar de desenvolvimento?

Segundo Marques (2011) citado por Silva (2011), afirma que:

Os tratamentos oferecidos, por sua vez, ainda utilizam as técnicas aplicadas aos adultos, o que acaba por contribuir para que a motivação seja ainda menor. As condições pré-tratamento devem ser avaliadas, pois determinam a adesão e a efetividade da intervenção. (p. 31)

Com relação a adesão ao tratamento da dependência química em adolescentes, Almeida (2010, p.215), relata em estudo qualitativo realizado com adolescentes usuários de drogas psicoativas a seguinte particularidade do tratamento destacada pelos adolescentes: "Quanto aos relatos sobre os procedimentos/relação com a equipe, foi possível observar que os adolescentes valorizaram a atitude "acolhedora", representada pelas falas: recebimento de coração, tratando bem, amparada, entendia a gente".

A autora identificou na mesma pesquisa com os adolescentes entrevistados, outra questão muito relevante que seriam os motivos para um possível abandono, segundo Almeida (2010):

(...) referiram oito razões para a saída do tratamento de uma forma geral. Dessas oito, quatro estão ligadas às características pessoais (falta de força de vontade, tentar resolver sozinho, não querer o tratamento, a necessidade de usar a droga) e as demais por fatores externos (falta de ajuda, influência dos amigos, característica do atendimento e dificuldades financeiras) (p.224)



## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPS AD citado, no qual atuou-se por dois anos e meio, localizava-se na cidade de São Paulo, em região de alta e muito alta vulnerabilidade social, segundo a Fundação Seade (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social-IPVS) de 2010. Além disso, conforme o XII Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, havia no território adstrito pelo CAPS AD mais de 260.000 habitantes. Porém, não existia no bairro vizinho outro serviço especializado neste tipo de tratamento, portanto, também se atendia a população desta região, com mais de 210.000 habitantes. Somando-se a população dos bairros, chegava-se a um total de 470.000 habitantes. Segundo dados do Ministério da Saúde (2015), existia em 2015 um total de 308 CAPS no Estado de São Paulo, destes 90 eram CAPS AD. Atualmente, existem sete CAPS AD IJ (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude), especializados no público infanto-juvenil, serviços extremamente importantes, pois, é inegável, que a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano distinta das demais, repleta de particularidades. De qualquer forma, tais serviços são insuficientes se considerarmos a alta demanda. Porém, vale ressaltar que a adesão ao tratamento de adolescentes considerados dependentes químicos continuaria sendo algo complexo mesmo se houvesse um número suficiente de serviços, devido aos variados e diversos fatores demonstrados neste artigo.

Não há dúvida que o jovem que se encontra no lugar de dependente químico necessita de uma atenção especial, assim como de serviços específicos, todavia sua adesão ao tratamento não se garantiria somente com serviços próprios e suficientes.

Um CAPS AD preocupado com a população jovem deve se questionar se sua linguagem vai ao encontro da adolescência, se são atrativos e acolhedores com tal demanda. Devem ainda se ater a infraestrutura e formação técnica-administrativa dos funcionários para atender de modo efetivo, a crescente e complexa demanda. Outro ponto importante seria a realização de um trabalho de promoção a saúde e prevenção precoce ao uso de drogas psicoativas, realizado em escolas e na comunidade, em geral. Os dados estatísticos brasileiros sobre o uso de drogas psicoativas na adolescência, apresentados neste trabalho, demonstram que o álcool e o tabaco são, absolutamente, as mais utilizadas, seguidos pela maconha. Dessa forma, seria essencial um trabalho de prevenção ao uso de drogas que envolva a família, pois segundo Justino, Paulo e Balla (2007) a experimentação e possível início do uso frequente e problemático de drogas legais, como o álcool e benzodiazepínicos, é realizado, em sua maioria, na própria residência do adolescente, junto aos familiares.

Destaca-se, também, a política de redução de danos, ainda tão controversa e polêmica para alguns. Porém, nas intervenções diárias em CAPS AD, apreço apenas a abstinência total ou progressiva, como únicas formas de sucesso do tratamento seria ingênuo, violento, higienista e árduo de se alcançar, principalmente em se tratando de adolescentes. Além disso, é vital uma efetiva articulação com a rede de saúde local e outros serviços socioassistenciais e jurídicos da região, que podem agregar muito valor ao tratamento da dependência química, lutando contra o olhar estigmatizado e moralista, indo ao encontro da promoção do que se entende por saúde pública.

## 7 - REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (2011). *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, M. (2010). *A adesão de adolescentes ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças?* Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Araújo, N., & Marcon, S. (2012). Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 227-34.
- Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. Recuperado em 29 nov 2016, de <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Brasília. Recuperado em 29 nov 2016, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)*. Recuperado em 29 nov 2016, de [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10127.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10127.htm)
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (2010). *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*. Instituto do Legislativo Paulista / Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Recuperado em 29 nov 2016, de <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php?prodCod=2>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Populacional Brasileiro de 2010*. Recuperado em 29 nov 2016 de <http://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo.html>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Justino, N., Paulo, A., & Balla, J. (2007). *Uso de drogas na adolescência e família*. Trabalho de conclusão de curso, Faculdade Salesiana de Vitória, ES, Brasil.
- Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília. Recuperado em 29 nov de 2016, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
- Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990 (1990). *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Recuperado em 29 nov de 2016, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
- Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados 12*. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Portaria GM n.224 de 29 de janeiro de 1992 (1992). *Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental*. Recuperado em 29 nov de 2016, de [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)
- Portaria n.336 de 19 de fevereiro de 2002. (2002). *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Recuperado em 29 nov de 2016, de <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=322>
- Portaria n.1.028 de 01 de julho de 2005. (2005). *Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria*. Recuperado em 29 nov 2016, de <http://www.mprn.mp.br/portal/transformando-destinos-arquivos/sobre-o-tema/legislacao-nacional/portarias-1/3982-portaria-no-10282005-reducao-de-danos-sociais-e-a-saude/file>
- Portaria n.3.088 de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 29 nov 2016, de <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-gm-3088-2011>
- Pinsky, I., & Bessa, M. (orgs). (2009). *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). (2010). *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas & UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- Silva, Gilberto L. (org). (2011). *Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Roca.
- Washton, A., & Zweben, J. (2009). *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.