



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**DÉBORAH SANTOS CONCEIÇÃO**

**PERFIL NACIONAL DE UTILIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM  
TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS,  
BRASIL, 2008 A 2012**

Salvador  
2016

**DÉBORAH SANTOS CONCEIÇÃO**

**PERFIL NACIONAL DE UTILIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM  
TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS,  
BRASIL, 2008 A 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Darci Neves dos Santos

Salvador  
2016

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

C744p Conceição, Déborah Santos.

Perfil nacional de utilização dos Centros de Atenção Psicossocial por crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, Brasil, 2008 a 2012 / Deborah Santos Conceição.— Salvador: D.S.Conceição, 2016.

98 f. il.

Orientadora: Profa. Dra. Darci Neves dos Santos.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Mental. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 5. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

CDU 616.89

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**DÉBORAH SANTOS CONCEIÇÃO**

**Perfil nacional de utilização dos centros de atenção psicossocial por crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, Brasil, 2008 a 2012.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 10 de maio de 2016

Banca Examinadora:

*Darci Neves Santos*

Profa. Darci Neves dos Santos - Orientadora - ISC/UFBA

*Susan M. Pereira*

Profa. Susan Martins Pereira - ISC/UFBA

*Monique Azevedo Esperidião*

Profa. Monique Azevedo Esperidião - ISC/UFBA

*Sérgio Baxter Andreoli*  
Prof. Sérgio Baxter Andreoli - UNIFESP

**Salvador  
2016**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ser minha fonte de inspiração, força e equilíbrio.

À minha família, por todo amor, incentivo e compreensão.

Aos meus amigos, por tornarem essa jornada mais leve.

Aos usuários do CAPS AD III Gey Espinheira, pelos ensinamentos cotidianos e por trazerem sentido a esta produção.

À prof<sup>a</sup> Darci, pela oportunidade e confiança.

Aos colegas e mestres do Instituto de Saúde Coletiva, por cada oportunidade de aprendizado.

Às professoras Monique Esperidião, Susan Martins e ao professor Sérgio Andreoli pela participação na banca de defesa e valiosas contribuições.

*Antes eu me desculpava  
Tinha até um pouco de vergonha  
Queria ser um acadêmico “honesto e limpinho”  
Daqueles da voz pausada e reflexiva como convém a todos os que já estão com a vida ganha  
Mas algo sempre me trai  
O espírito militante fala mais alto e a sagrada indignação me toma e me possui quando o  
tema é justiça e direitos*

*Cada um é para o que nasce!*

*(Marcus “Matraga”)*

CONCEIÇÃO, Déborah Santos. Perfil nacional de utilização dos Centros de Atenção Psicossocial por crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, Brasil, 2008 a 2012. 98 f il. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## RESUMO

Os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (SPAs) juntamente com outros transtornos mentais representam 13% da carga global de doença. Estima-se que uma a cada dez pessoas que consomem SPAs apresenta problemas relacionados ao uso, impactando os sistemas de saúde pública em termos de prevenção, tratamento e cuidados. Este estudo objetiva descrever o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial de todo o Brasil. Estudo descritivo, ecológico, que analisou as unidades federativas brasileiras (estados e Distrito Federal), no período de 2008 a 2012. Foram utilizados dados secundários da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram adotadas como variáveis: Localização, Tipo de estabelecimento, Data de habilitação, Código da CID 10, Modalidade de atendimento, Idade, Sexo e Raça/cor. Realizou-se análise descritiva, cálculo de taxas de atendimento e análise por regressão linear. Foram encontrados 152.833 registros de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de SPAs. São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentaram os maiores percentuais de atendimento em todo o período. A taxa de atendimento no Brasil aumentou de 32,2 atendimentos/ 100 mil habitantes com até 19 anos, em 2008, para 61,1 atendimentos/100 mil habitantes em 2012. A análise por regressão linear revelou um aumento médio de 8,1 unidades na taxa de atendimento por ano. O sexo masculino foi indicado em 81,2% dos registros e a faixa etária de 15 a 19 anos em 83,2%. A ausência de informações sobre a variável Raça/cor foi observada em 45,3% dos registros. Os CAPS AD foram responsáveis por 81,5% dos atendimentos. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas contribuíram com 56,4% dos registros, seguidos pelos transtornos por uso de cocaína, 15,6%, uso de canabinóides, 15,5%, e uso de álcool, 9,4%. Atendimentos do tipo Semi-Intensivo foram apontados em 47,9% dos registros. Observou-se uma tendência de aumento do número de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, contudo há uma desigualdade na distribuição dos CAPS no território nacional e incipiência das políticas direcionadas a esta população. Este estudo aponta a necessidade de ampliação das discussões acerca do consumo de SPAs na infância e adolescência e maior organização da assistência em saúde àqueles que possuem necessidades relacionadas este consumo.

**Palavras – chave:** Saúde Mental. Crianças. Adolescentes. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Serviços de Saúde Mental.

CONCEIÇÃO, Déborah Santos. Perfil nacional de utilização dos Centros de Atenção Psicossocial por crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, Brasil, 2008 a 2012. 98 f il. 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

## ABSTRACT

The substance use disorders together with other mental disorders represents 13% of the global burden of disease. It's estimated that one out of ten people who consumes psychoactive substance presents problems related to the use, impacting the public health systems in terms of prevention, treatment and care. The objective of this study is to describe the profile of care to children and adolescents with mental substance use disorders, conducted in Psychosocial Care Centers throughout Brazil. A descriptive, ecological study, which analyzed the Brazilian states (states and the Federal District), from 2008 to 2012. Secondary data of Ambulatory Procedure Authorization (APA) and the system of the National Register of Health Establishments (NRHE). It was adopted as variables: location, type of establishment, date of qualification, CID - 10 Code, Care mode, Age, Sex and Race / Color. It was done a descriptive analysis, calculation of attendance's rates and a linear regression analysis. There were 152,833 records of attendances to children and adolescents with substance use disorders. Sao Paulo, Santa Catarina and Rio Grande do Sul had the highest percentage of attendances throughout the period. The attendance rate in Brazil increased from 32.2 attendances / 100,000 inhabitants up to 19 years in 2008 to 61.1 attendances / 100,000 inhabitants in 2012. The linear regression analysis revealed an average increase of 8.1 units on the attendance rate per year. The male sex was noticed in 81.2% of the records and the age group of 15 to 19 years in 83.2%. The absence of information about the variable Race / color was observed in 45.3% of records. The Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs was responsible for 81.5% of the attendances. Polysubstance use disorders contributed 56.4% of the records, followed by cocaine use disorders, 15.6%, use of cannabinoids, 15.5%, and use alcohol, 9.4%. The Semi-Intensive type of attendances were mentioned in 47.9% of records. There was a trend of increase in the number of attendances to children and adolescents with substances use disorders, however there is an unequal distribution of Psychosocial Care Centers in Brazil and there are incipient policies directed to this population. This study points out the needing to expand the discussions about the consumption of psychoactive substance in childhood and adolescence and for a largest organization of the health care assistance to those who have needs related to this consumption.

Keywords: Mental Health. Child. Adolescent. Substance-Related Disorders. Mental Health Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Síntese da legislação brasileira sobre drogas e políticas de saúde direcionadas a usuários de substâncias psicoativas.....	44
<b>Figura 1</b> - Seleção dos dados.....	49

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos registros de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo região e unidade federativa, Brasil, 2008 a 2012.....	57
<b>Tabela 2</b>	Taxa de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo região, Brasil, 2008 a 2012.....	59
<b>Tabela 3</b>	Distribuição dos registros de atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, segundo tipo de CAPS e região, Brasil, 2008 a 2012.....	61
<b>Tabela 4</b>	Distribuição dos atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, segundo modalidade de atendimento e região, Brasil, 2008 a 2012. ....	62
<b>Tabela 5</b>	Características demográficas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, Brasil, 2008 a 2012. ....	64
<b>Tabela 6</b>	Características demográficas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados nos CAPS, segundo região, Brasil, 2008 a 2012.....	65
<b>Tabela 7</b>	Características nosológicas dos atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial brasileiros, segundo ano de registro do atendimento.....	67
<b>Tabela 8 -</b>	Características nosológicas dos atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo região, Brasil, 2008 a 2012.....	68
<b>Tabela 9</b>	Atendimentos a crianças com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, realizados em Centros de Atenção Psicossocial brasileiros, segundo idade e ano de registro do atendimento.....	70
<b>Tabela 10</b>	Características nosológicas dos atendimentos a crianças com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo faixa etária, Brasil, 2008 a 2012.....	71
<b>Tabela 11</b>	Características nosológicas dos atendimentos a adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo faixa etária, Brasil, 2008 a 2012.....	73
<b>Tabela 12</b>	Características nosológicas dos atendimentos a adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo sexo, Brasil, 2008 a 2012.....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial tipo I
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 24 horas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GSHS	Global School-based Student Health Survey
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LEAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MTF	Monitoring the Future
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIED	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PNAD	Política Nacional Antidrogas/ Política Nacional sobre Drogas
PRD	Programas de Redução de Danos
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Programas de Trocas de Seringas
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas/ Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPA	Substância Psicoativa
UA	Unidade de Acolhimento
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	United Nations Program on HIV/AIDS

UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
YLDs	Years Lived with Disability

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
2.1	CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	17
2.1.1	Consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: panorama internacional	18
2.1.2	Consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: panorama brasileiro	22
2.2	A ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL	29
2.2.1	Legislação Brasileira sobre Drogas	30
2.2.2	Políticas de Saúde para Usuários de Substâncias Psicoativas	36
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	47
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	48
4.1	DESENHO DE ESTUDO	48
4.2	FONTE DE DADOS	48
4.3	COLETA E SELEÇÃO DE DADOS	49
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
4.5	ANÁLISE DE DADOS	54
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	55
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS</b>	56
5.1	DISTRIBUIÇÃO NACIONAL DOS REGISTROS E TAXAS DE ATENDIMENTOS	56
5.2	TIPOS DE CAPS E REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	61
5.3	MODALIDADE DE ATENDIMENTO OFERTADO	61
5.4	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS ATENDIMENTOS	64
5.5	CARACTERÍSTICAS NOSOLÓGICAS DOS ATENDIMENTOS	67
5.6	ATENDIMENTOS A MENORES DE 10 ANOS	70
5.7	ATENDIMENTOS AO GRUPO COM 10 ANOS E MAIS	73
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	76
6.1	DISTRIBUIÇÃO DOS ATENDIMENTOS	76
6.2	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E NOSOLÓGICAS DOS ATENDIMENTOS	77
6.3	CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA	81
6.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	83
<b>7</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b>	84
	<b>REFERÊNCIAS</b>	86

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (SPAs) juntamente com outros transtornos mentais representam 13% da carga global de doença. No ano de 2010, os transtornos por uso de substâncias psicoativas foram responsáveis por 7,4% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs - *Disability Adjusted Life Years*) e 22,9% dos anos vividos com incapacidade (YLDs - *Years Lived with Disability*) em todo o mundo. Quando observada a prevalência mundial de incapacidades severas e moderadas, o abuso e dependência de álcool e outras drogas estão entre as vinte principais causas de incapacidade, superando condições relacionadas a desnutrição, verminoses, asma e amputações (COLLINS ET AL, 2011; DEGENHARDT et al., 2013; OMS, 2001, 2008; WHITEFORD et al., 2013; WHO, 2000, 2011a).

Estima-se que cerca de 10% das populações dos centros urbanos fazem um consumo abusivo, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Em 2012, aproximadamente 12% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos fez uso de alguma SPA e 5,2% consumiu algum tipo de droga ilícita, com mais de 16 milhões de pessoas tendo apresentado problemas relacionados ao uso de SPAs e apenas uma a cada seis tendo acessado algum serviço especializado para cuidado ou tratamento da dependência. Para este mesmo ano, a mortalidade relacionada ao consumo de SPAs foi de cerca de 40 mortes para cada 1 milhão de habitantes (UNODC, 2014a).

De acordo com o *World Drug Report 2015*, uma a cada dez pessoas que consomem substâncias psicoativas apresenta problemas relacionados ao uso, impactando os sistemas de saúde pública em termos de prevenção, tratamento e cuidados dos transtornos mentais e comportamentais por uso de SPAs e suas consequências para a saúde. Deste modo, as estratégias de prevenção são apontadas como fundamentais, sendo a intervenção precoce a forma mais adequada de evitar o uso na idade adulta e suas possíveis complicações, já que quanto mais cedo o consumo de SPAs é iniciado, maior a probabilidade do desenvolvimento de transtornos relacionados a este uso (UNODC, 2015).

Estudos apontam um uso cada vez mais precoce e pesado de substâncias psicoativas, destacando este fenômeno entre adolescentes. Quando verificado o consumo nesta faixa etária, observa-se uma alta experimentação de álcool, tabaco e maconha. Mostram-se

frequentes os episódios de embriaguez (intoxicação alcoólica), com crescimento do uso abusivo ou dependência, sendo identificados em cerca de 5% das populações de diferentes regiões do mundo (BAUMAN; PHONGSAVAN, 1999; SMART; OGBORNE, 2000; MERIKANGAS et al., 2009).

Na população brasileira foi identificado que a experimentação (episódio de primeiro uso) ocorre aos 13 anos para drogas lícitas (álcool e tabaco), e entre 14 e 15 anos para as demais, sendo relatado que mais de 15% dos adolescentes já consumiu tabaco alguma vez na vida e mais de 50% já fez uso de álcool. Nesse contexto, as intervenções durante infância e adolescência mostram-se fundamentais para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. (GALDURÓZ et al., 2004; CARLINI et al., 2010; MALTA et al. 2011; BRASIL, 2013a).

Para compreender este fenômeno do uso faz-se necessário conhecer as especificidades destes períodos da vida. A infância é definida como o período do ciclo de vida que vai do nascimento aos 9 anos, no qual ocorrem alterações fundamentais para o desenvolvimento e sobrevivência do indivíduo, com significativas modificações físicas, cognitivas e sociais. A adolescência é o período de transição entre infância e fase adulta, compreendendo a faixa entre 10 e 19 anos, caracterizada por importantes transformações biológicas, emocionais, cognitivas e sociais. Estas levam à necessidade de independência, autonomia, formação de identidade e aceitação pelos pares, fazendo com que, muitas vezes, sejam adotados comportamentos de risco, como a iniciação ao consumo de substâncias psicoativas (WHO, 1986; BAUMAN; PHONGSAVAN, 1999; PAPALIA; OLDS, 2000; LOPES et al, 2013).

Ainda que tenham sua importância reconhecida, as necessidades da população infantojuvenil no que se refere à assistência em saúde mental tem sido negligenciadas. Estudos apontam uma reduzida oferta de serviços específicos e pouco acesso ao tratamento, existindo grandes disparidades entre os países e regiões mundiais. Quando verificada a assistência disponível para aqueles com transtornos pelo uso de substâncias psicoativas, há um acréscimo nas limitações encontradas, incluindo desde barreiras de acesso aos serviços de saúde até dificuldades para realização de diagnóstico e tratamento (PAULA et al., 2012 ; KIELING et al., 2011, OMS, 2010; PATEL et al., 2007, WHO, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS, a oferta de cuidado para a população com necessidades relacionadas ao uso de SPAs deve priorizar dispositivos de base comunitária e que visem a reinserção social do indivíduo. No

campo da assistência à Saúde Mental na Infância e Adolescência buscou-se romper com o cuidado e proteção baseados na institucionalização e exclusão social, oficializando-se a proteção integral e os direitos humanos, com um modelo assistencial baseado na atenção psicossocial.

Deste modo, recentemente formalizou-se o cuidado norteado pela busca da integralidade da atenção e pela atuação no território, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta é composta por diferentes serviços que, de maneira articulada, ofertam 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, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os serviços estratégicos para atenção destas pessoas (BRASIL, 2001, 2005a, 2011).

Os CAPS são os serviços de referência para tratamento de transtornos mentais e comportamentais. Todas as modalidades de CAPS podem atender à população infantojuvenil, a depender da organização da RAPS no território, entretanto existem três tipos que podem ofertar cuidado especializado para crianças e adolescentes com transtorno por uso de substâncias psicoativas: os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), específicos para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas; os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), que atendem pessoas de todas as faixas etárias com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas; e aqueles que atendem adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades de cuidados contínuos relacionados ao uso de SPAs, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), (BRASIL, 2004a, 2004b, 2005a).

Cabe destacar que o atual modelo assistencial em saúde mental infantojuvenil é recente. Observa-se que as discussões acerca da assistência a crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de SPAs ainda são incipientes, sendo um ponto crítico a organização e planejamento da oferta de atenção a estas pessoas. Nesse cenário, o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas sobre a assistência ofertada possibilita a análise do que tem sido realizado pela rede assistencial de forma quantitativa, objetiva e comparável, possibilitando um olhar crítico sobre as políticas públicas e as práticas do cuidado (ACEZAT OLIVA, 2015; BORDIN; PAULA, 2007; HOFFMAN, et. al., 2008).

Baingana e colaboradores (2015) advertem que com o reconhecimento dos prejuízos gerados pelos transtornos mentais e comportamentais houve um aumento no número de estudos sobre eficácia e acesso ao tratamento para alguns transtornos, contudo essa trajetória não foi observada para transtornos por uso de substâncias psicoativas. Os autores destacam ainda a dificuldade de conhecer e planejar estratégias de cuidado em países de baixa e média renda, recomendando que as pesquisas de saúde mental mantenham o foco nos serviços de saúde e na implementação das políticas. Assim, diante das limitações e fragmentações dos tratamentos realizados, investigações sobre a assistência em serviços baseados na comunidade são fundamentais para uma maior adequação e organização da prestação de cuidado e tratamento destes transtornos.

Constatando a escassez de estudos que abordem a temática relativa à saúde mental infantojuvenil e consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da utilização de serviços, e reconhecendo a importância da caracterização dos atendimentos realizados com crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, neste estudo pretende-se determinar o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes do referido grupo diagnóstico, realizados em Centros de Atenção Psicossociais, no período de 2008 e 2012.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Consumo de Substâncias Psicoativas na infância e adolescência

Substâncias ou drogas psicoativas são aquelas que possuem a capacidade de alterar os processos de consciência, humor ou pensamento do indivíduo, sendo comumente utilizadas para alcance de prazer e/ou alívio da dor. Estas substâncias podem ocasionar prejuízos à saúde dos indivíduos, dependendo da frequência, quantidade e período do desenvolvimento em que seu uso é iniciado (WHO, 2004).

Estudos apontam que grande parte dos adultos que apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPAs) iniciou o consumo no período da adolescência, existindo uma associação positiva entre experimentação precoce destas substâncias e outros desfechos negativos, tais como abandono escolar, risco aumentado de violências e suicídio, e desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais. Deste modo, os períodos da infância e adolescência mostram-se críticos para o surgimento de transtornos relacionados ao uso de SPAs e demais transtornos mentais e comportamentais, podendo ser desencadeadas trajetórias que, se não forem devidamente assistidas, geram graves deficiências e incapacidades (CASTELLANOS-RYAN et al., 2013; MILLER et al., 2011, THATCHER; CLARK, 2008).

A infância consiste no período do ciclo de vida no qual ocorrem alterações físicas, cognitivas e psicossociais mais notáveis e fundamentais para o desenvolvimento e sobrevivência do indivíduo, com aumento da complexidade cerebral, desenvolvimento de linguagem, memória, autoestima e autonomia. Em seguimento a esta fase ocorre a entrada na adolescência. Compreendida como um período que representa grande mudança para os indivíduos, é definida pela faixa etária dos 10 aos 19 anos, marcando a transição da infância para a fase adulta. Esta fase é marcada pela busca de identidade pessoal, sexual e profissional, fazendo com que, muitas vezes, o adolescente lide com necessidades e emoções conflitantes, podendo adotar comportamentos que trazem importantes riscos à saúde (PAPALIA; OLDS, 2000; WHO, 1986).

O estudo do consumo de substâncias psicoativas pela população infantojuvenil deve considerar a complexidade do fenômeno e especificidade desta população. As investigações

epidemiológicas sobre o tema comumente são realizadas através de inquéritos populacionais gerais, estudos com a população em situação de rua, em instituições e/ou serviços de tratamento e inquéritos baseados em escolas, sendo estes últimos os mais comuns (WHO, 2000). Para estabelecer um cenário geral sobre o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, foi realizada uma revisão de estudos nacionais e internacionais de maior abrangência populacional.

### 2.1.1 Consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: panorama internacional

Entre os estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas pela população infantojuvenil de outros países, alguns se destacam por permitir a identificação de um perfil nacional do consumo de SPAs por esta população, sendo aqui apresentados aqueles realizados nos Estados Unidos da América, México e os levantamentos mundiais da Organização Mundial da Saúde.

O *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study* é um dos principais levantamentos sobre padrões e questões relevantes para saúde e bem-estar de crianças e adolescentes com 11, 13 e 15 anos. O estudo é realizado desde 1983 com colaboração da OMS e em sua edição referente aos anos de 2009 e 2010 envolveu 43 países e regiões em toda a Europa e América do Norte. Foram observadas diversas dimensões da vida dos entrevistados, verificando aspectos referentes ao contexto social (família, pares/amigos, escola), estado de saúde (autopercepção, satisfação, queixas, lesões/agravos, peso corporal), comportamentos relacionados à saúde (comportamento alimentar, saúde bucal, prática de atividade física) e comportamentos de risco dos participantes (uso de tabaco, álcool e maconha, comportamento sexual, violência/agressões).

Constatou-se que 24% dos adolescentes já haviam consumido tabaco, com o primeiro episódio de uso ocorrendo na idade de 13 anos ou menos, e prevalência significativamente maior entre os meninos, 26% para sexo masculino versus 22% para o feminino. Os dados sobre o consumo de álcool revelaram que a prevalência do *beber semanal (weekly drinking)* aumentou significativamente com a idade, sendo estimada a prevalência 4% entre os adolescentes com idade de 11 anos, 8% para 13 anos e 21% para 15 anos. Para idade do primeiro episódio de embriaguez, 14% afirmou ter ocorrido com até 13 anos, com aumento da

frequência destes episódios com a idade. A prevalência do uso de maconha foi de 17%, com maiores índices entre os meninos (CURRIE et al, 2012).

Em sua edição mais recente, referente aos anos de 2013 e 2014, o HBSC abrangeu 44 países e regiões da América do Norte e Europa, e concentrou-se na investigação de medidas de saúde, educação, sociais e familiares que afetam a saúde e bem-estar dos jovens, destacando o efeito do gênero e diferenças socioeconômicas sobre a forma como os jovens crescem se desenvolvem. Nesta edição houve a inclusão de novos tópicos, os quais foram: apoio social dos pares e família, ferimentos graves, migração e cyberbullying (INCHLEY et al., 2016).

Verificou-se uma redução na proporção de adolescentes que afirmaram ter consumido tabaco aos 13 anos ou menos, passando de 24% para 17%, sendo mantido o maior consumo pelo sexo masculino, 22% pelo masculino versus 13% pelo feminino. A investigação do consumo de álcool demonstrou um aumento significativo do consumo com o avançar da idade. Foi observada uma redução do consumo semanal de álcool, quando comparado com a edição anterior do estudo, passando de 4% para 3% entre os adolescentes com idade de 11 anos, 8% para 5% entre os com 13 anos e de 21% para 13% entre aqueles com 15 anos. Houve também redução da parcela que teve seu primeiro episódio de embriaguez antes dos 13 anos, passando de 14% para 8%. O uso de maconha foi menor, passando de 17% para 15% (INCHLEY et al., 2016).

O consumo de substâncias psicoativas em alguns países e regiões da África e Américas tem sido observado através do *Global School-based Student Health Survey (GSHS)*. Este é um projeto desenvolvido pela OMS e os *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, em colaboração com a *United Nations Children's Fund (UNICEF)*, *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)* e *United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Realizado no ambiente escolar, é conduzido principalmente entre os estudantes com idades entre 13 e 17 anos, de diversas regiões do mundo, buscando ajudar os países a medir e avaliar fatores comportamentais de risco e proteção destes (CDC, 2009).

Nos 14 países e regiões africanas investigados, achados referentes ao período de 2004 a 2009 indicaram que o primeiro episódio de uso de álcool costuma ocorrer antes dos 14 anos, com ocorrência aproximada variando de 15% a 90% na população masculina e 10% a 85% na feminina, quando observados os diferentes países e regiões. A verificação do percentual de estudantes com problemas relacionados ao uso de álcool, definidos por sentir-se doente, ter

problemas com a família ou amigos, faltar à escola, envolver-se em brigas, foi de aproximadamente 5% a 45% entre os meninos e 5% a 50% entre as meninas. As prevalências de *uso na vida* para outras substâncias psicoativas foram cerca de 5% a 35% entre meninos e 2% a 40% entre meninas.

Entre os estudantes de 20 regiões e países das Américas, também foi comum a ocorrência de experimentação de álcool antes dos 14 anos, com os maiores percentuais chegando a aproximadamente 95% para os meninos e 90% para as meninas entrevistadas. A frequência de problemas relacionados ao consumo de álcool variou entre cerca de 5% a 25% para os meninos e 3% a 20% para meninas. Os maiores percentuais de uso na vida de outras substâncias psicoativas foram cerca de 5% a 80% entre o sexo masculino e 3% a 80% entre o sexo feminino.

O uso de drogas ilícitas, álcool e tabaco na população civil com 12 anos ou mais dos Estados Unidos da América (EUA) é investigado anualmente pela *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*. Através do *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*, desenvolvido com a população não institucionalizada dos EUA, na edição do ano de 2013, identificou-se que o uso na vida de álcool foi realizado por 52,2% dos participantes, de tabaco por 25,5% e de drogas ilícitas de 9,4%. Quando verificada a idade em que ocorreu o primeiro episódio de uso de álcool, 83,5% afirmou ter sido antes dos 21 anos. O uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, baseado nos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*, foi identificado em 8,2% dos participantes.

O *NSDUH 2013* identificou o uso atual de álcool por cerca de 52,0% dos participantes. Observou-se a ocorrência de 2,1% entre os com idade entre 12 ou 13 anos, 9,5% entre 14 e 15 anos, 22,7% para 16 e 17 anos, e 43,8% para aqueles com idade entre 18 e 20 anos. A frequência de *binge use* (beber cinco ou mais doses em uma mesma ocasião, em pelo menos um dia do último mês) foi de aproximadamente 23,0%. Quando verificada por faixa etária, 0,8% entre os com 12 a 13 anos, 4,5% para 14 a 15 anos, 13,1% para 16 a 17 anos, e 29,1% para pessoas com idade de 18 a 20 anos. O uso pesado (beber cinco doses ou mais numa mesma ocasião, em pelo menos cinco dias no último mês) foi observado em 6,3% dos participantes, com 0,1% entre os com 12 ou 13 anos, 0,7% para 14 a 15 anos, 2,7% para 16 a 17, e 8,5% para os com 18 a 20 anos (SAMHSA, 2014).

Entre os participantes com idade entre 12 e 17 anos, foi identificado o uso atual de tabaco por 7,8%. O uso de substâncias ilícitas (maconha, cocaína, heroína, alucinógenos, inalantes, analgésicos, tranquilizantes e sedativos) foi relatado por 8,8%, com maior consumo entre os homens (9,6% versus 8,0% entre mulheres). 54,1% afirmou ter menos de 18 anos quando ocorreu o primeiro episódio de uso, sendo mais comum a experimentação de maconha. Quando verificado o tipo de SPA ilícita de uso atual, foram encontrados os percentuais de 7,1% para maconha, 2,2% para medicamentos psicotrópicos, 0,6% para alucinógenos, 0,5% para inalantes, 0,2% para cocaína e 0,1% para heroína (SAMHSA, 2014).

Outro estudo desenvolvido com a população dos EUA é o *Monitoring the Future* (MTF). Realizado desde 1975 pelo Instituto de Pesquisa Social da Universidade de Michigan, envolve adolescentes, adultos jovens e adultos com até 55 anos, verificando as tendências de consumo de SPAs nesta população. Os achados referentes ao ano de 2014 demonstraram um declínio da prevalência do uso das diferentes SPAs, excetuando os medicamentos psicotrópicos. Mesmo com esta tendência, o álcool continua sendo a substância mais utilizada pelos adolescentes, com 66% afirmando já ter feito uso e 50% relatando pelo menos um episódio de embriaguez na vida. A maconha foi a substância ilícita de maior uso, existindo grandes variações no uso das demais SPAs ilícitas (JOHNSTON et al., 2015).

Ainda com a população estadunidense, Bracken e colaboradores (2013) verificaram a tendência do uso de drogas entre adolescentes admitidos em um programa de tratamento de transtornos relacionados ao uso de SPAs, no período de 1995 a 2010. Os autores compararam seus achados com os resultados do MTF (estudo citado anteriormente), adotando como hipótese que um estudo com adolescentes em tratamento possibilitaria uma caracterização mais adequada dos padrões de uso e dos usuários de SPAs que uma pesquisa nacional com toda a população.

Observou-se que, entre os adolescentes internados, a idade de primeiro uso, para qualquer SPA, foi entre 13 e 15 anos, com uma rápida progressão do álcool, tabaco e maconha para SPAs mais pesadas, como heroína e inalantes. A comparação com o MTF demonstrou que, em ambos, a maioria dos adolescentes faziam uso apenas de álcool e maconha. No entanto, os submetidos a tratamento consumiam drogas mais pesadas com frequência, aumentando com a idade, independente do sexo, enquanto o levantamento nacional apontou que, na população infantojuvenil geral, esse uso consiste apenas na experimentação da SPAs, sem progressão do padrão de uso (BRACKEN ET. AL., 2013).

O consumo de SPAs no México tem sido investigado através da *Encuesta Nacional de Adicciones* (ENA). Esta pesquisa tem como objetivo verificar a evolução do consumo de SPAs e outros problemas de saúde mental na população, sendo desenvolvida com adultos e adolescentes residentes no México, com edições realizadas nos anos de 1990, 1994, 1998, 2003, 2009 e 2011. A *ENA 2011* identificou que entre adolescentes, definidos pelo estudo como a população na faixa etária de 12 a 17 anos, existia um baixo índice de uso de SPAs, ainda que este tenha aumentado de 1,6%, em 2002, para 3,3%, em 2011. A maconha foi a substância ilícita mais consumida pelos adolescentes, seguida pelos inalantes e cocaína. As SPAs apontadas como as primeiras a serem utilizadas na vida foram álcool, tabaco e maconha (VILLATORO et.al., 2012).

Verifica-se que nas diferentes regiões do mundo o consumo de substâncias psicoativas tem início no período da adolescência. Álcool e tabaco são as SPAs que apresentam os maiores percentuais de consumo, uso abusivo e dependência. Entre as substâncias psicoativas ilícitas, a maconha é a mais utilizada. Para todas as SPAs, existe uma tendência de maior consumo entre o sexo masculino. Alguns países apresentam tendência de declínio, sendo destacado o impacto das diferenças demográficas, culturais, políticas de controle e medidas de prevenção existentes nestes. Não foram encontrados estudos que abrangessem a faixa etária correspondente à infância.

### 2.1.2 Consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: panorama brasileiro

Os primeiros levantamentos brasileiros sobre o consumo de substâncias psicoativas (SPAs) entre a população infantojuvenil foram realizados na década de 1980. Um estudo inicial objetivou atualizar e ampliar as informações sobre uso de drogas entre aquelas em situação de rua, considerando como população do estudo crianças e adolescentes que viviam e se sustentavam realizando atividades nas ruas, em seis capitais brasileiras. Ainda neste período, verificou-se o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada, abrangendo dez capitais. Somente a partir do ano de 2003 ocorreu a ampliação destas investigações para as demais capitais. No presente estudo foram verificadas somente as edições mais atuais, realizadas nas 27 capitais brasileiras.

O Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras 2003 (NOTO et al., 2003) foi realizado com crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos de idade, assistidos por instituições governamentais ou não governamentais. O consumo de SPAs foi identificado entre 50,1% dos participantes, sendo que 19,1% afirmaram ter iniciado o uso antes de estar em situação de rua. A faixa etária foi um fator que apresentou relação com o consumo de drogas, para todas as capitais estudadas, com associação positiva entre a idade e o consumo abusivo de drogas.

O álcool foi a SPA com percentual mais elevado de uso na vida, com estimativa de 76,0%, e 43,6% do total das crianças e adolescentes referindo consumo anterior à situação de rua. O tabaco foi a SPA de maior consumo diário, sendo indicado por 29,5% dos entrevistados. Destes, 35,4% afirmaram que o primeiro episódio de uso precedeu a situação de rua. O consumo de solventes por esta população foi apontado como um comportamento bem peculiar, com estimativa de uso na vida de 44,4% e uso diário referido por 16,3% dos entrevistados, diferenciando-se também por o consumo ter iniciado, majoritariamente, após a situação de rua. Entre as drogas ilícitas, as com maior uso na vida foram: maconha, derivados da coca (cocaína, crack e merla) e medicamentos psicotrópicos (Rohypnol®, Artane®, Benflogin® e outros), observando-se um início de consumo, na maioria dos casos, após a situação de rua.

O V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2004 (GALDURÓZ et al., 2004) incluiu estudantes com 10 anos ou mais, com poucos destes apresentando idade superior aos 18 anos. Foi encontrada maior defasagem escolar (defasagem série/idade) entre os participantes que afirmaram ter feito uso na vida de drogas ao comparar-se aos sem uso na vida, com diferença estatisticamente significativa, 54,4% versus 43,4%. Para quase todos os tipos de uso (uso na vida, uso no ano, uso no mês, uso frequente) predominou o sexo masculino, excetuando-se o uso pesado, que não apresentou diferença entre os sexos. Na faixa etária de 10 a 12 anos o uso na vida era de 12,7%, com verificação de maiores proporções de uso a partir dos 16 anos.

As drogas mais utilizadas foram álcool e tabaco, com percentuais de 65,2% e 24,9%. Para as demais drogas (maconha, cocaína, crack, anfetamínicos, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, opiáceos, xaropes, alucinógenos, orexígenos, energéticos, esteróides/anabolizantes) o percentual total de uso na vida foi de 22,6%. Entre estas, as mais

utilizadas na vida foram: solventes, com percentual de 15,5%, energéticos, com 12,0%, maconha, 5,9%, ansiolíticos, 4,1% e anfetamínicos, 3,7%. Quando verificado o uso na vida por sexo, houve diferença estatisticamente significativa para algumas drogas, com predomínio entre os homens de uso de solventes, relato por 16,9%, energéticos, 14,9%, maconha, 7,9%, cocaína, 2,8% e esteroides/anabolizantes, 1,7%. Entre as mulheres o álcool foi a SPA mais consumida, uso relatado por 66,3%, seguido por ansiolíticos, 5,0%, e anfetamínicos, 4,3%.

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 2010 (CARLINI et al., 2010) apresentou informações sobre as características básicas de consumo de SPAs de estudantes de 10 a 19 anos, do 6º ao 9º ano do ensino fundamental II e 1º ao 3º ano do ensino médio de escolas das 27 capitais brasileiras e do Distrito Federal. Além de questões relacionadas ao consumo de drogas, também foram observadas características sociodemográficas, frequência escolar, estrutura familiar, prática religiosa, relacionamento e monitoramento parental e prática de atividades esportivas.

Os percentuais de uso na vida foram de 59,3% para álcool, 16,9% para tabaco e 25,5% para qualquer droga (maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, analgésicos opiáceos, esteróides/anabolizantes, ópio/heroína, LSD, êxtase, metanfetamina, ketamina, benflogin®, energético com álcool). Para uso frequente (definido como uso seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa), 2,7 % para álcool, 0,7 % para tabaco e 0,8% para qualquer droga (incluído maconha, cocaína, crack, anfetaminas, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos). O uso pesado (definido como uso vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa) foi de 1,6% para álcool, 1,5% para tabaco, e 1,1% para qualquer droga.

As duas faixas etárias que apresentaram maior uso (na vida, no ano, no mês frequente e pesado) foram 16 a 18 anos e acima de 19 anos. Entre os estudantes de 10 a 12 anos, 10,4% já relatavam uso na vida, 5,4% no ano, 2,7% no mês, 0,3% frequente e 0,4% pesado. Observou-se que a exposição dos estudantes ao consumo de substâncias psicoativas geralmente acontece muito cedo. Os autores destacam a relevância da intervenção entre crianças, apontando que cerca de 5,0% dos participantes teria experimentado alguma SPA antes dos 10 anos.

Estudantes de escolas privadas relataram maior uso na vida que os de escolas públicas, para quase todas as substâncias psicoativas. Apresentaram percentuais de 65,0% para

consumo de álcool, 13,1% para tabaco e 30,2% para demais SPAs, enquanto os de escolas públicas: 59,3% para álcool, 17,9% para tabaco e 24,2% para outras substâncias. O consumo de energético com álcool destacou-se, ultrapassando os percentuais de consumo de tabaco. Constatou-se que o consumo de drogas ilícitas é precedido pelo consumo de drogas lícitas, como álcool, tabaco e inalantes.

A substância consumida mais tardiamente foi a cocaína. O primeiro episódio de consumo de álcool ocorreu, em média, aos 13 anos, idade na qual foi comum a experimentação das demais drogas lícitas. Para as drogas ilícitas, o primeiro uso ocorre, em média, entre os 14 e 15 anos. As prevalências de consumo diferiram entre as regiões. Quando comparados os achados das edições de 2004 e 2010 deste levantamento, álcool e tabaco continuaram sendo as substâncias mais consumidas pelos estudantes, apesar de existir uma redução no uso. Os estudantes com idade acima de 16 anos mantiveram os maiores percentuais de consumo de SPAs.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 (PeNSE), entrevistou 109.104 escolares do 9º ano do ensino fundamental, estando 86,0% destes na faixa etária de 13 a 15 anos. A PeNSE foi realizada em 2.842 escolas brasileiras, abrangendo todas as unidades federativas. Esta abordou questões relacionadas à saúde dos escolares, investigando aspectos socioeconômicos, contextos social e familiar, hábitos alimentares, prática de atividade física, experimentação e consumo de substâncias psicoativas, saúde sexual e reprodutiva, violência, segurança e acidentes, percepção da imagem corporal, trabalho entre escolares, hábitos de higiene, saúde mental, uso de serviços de saúde, prevalência de asma, entre outros (BRASIL, 2013a).

Os resultados sobre o consumo de SPAs demonstraram que a experimentação do cigarro foi de 19,6%, e de 4,8% de outros produtos de tabaco, sem diferença significativa na distribuição por sexo. A experimentação de cigarro em idade igual ou inferior aos 13 anos foi de 15,4%. Foi identificado que 66,6% dos escolares já haviam experimentado bebida alcoólica, sendo observado que, entre os adolescentes com 15 anos, 31,7% ingeriram a primeira dose aos 13 anos ou menos. O consumo feito nos 30 dias que antecederam a pesquisa (consumo atual) foi de 26,1%. Episódios de embriaguez foram relatados por 21,8% dos escolares.

O uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança perfume, ecstasy) foi referido por 7,3% dos escolares. Entre o sexo masculino o uso na vida foi maior que o

feminino, com frequência de 8,3% e 6,4%, respectivamente. O percentual nacional de escolares com 15 anos que usaram substâncias psicoativas antes dos 13 anos de idade foi de 2,6%. Foram apresentados dados específicos sobre o uso de maconha e crack, encontrando-se que 2,5% dos escolares fumaram maconha nos últimos 30 dias, e 0,5% crack.

Além dos levantamentos específicos para a investigação do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes, foram encontrados estudos que também apresentam dados sobre esta faixa etária. Estes abrangem ou representam todo o território brasileiro, sem restrição a setores específicos da população, sendo comumente utilizados para fundamentar as ações governamentais direcionadas ao uso de drogas.

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CEBRID, 2002) foi desenvolvido com a população brasileira na faixa etária compreendida entre 12 e 65 anos, residente nas cidades nas 107 cidades com população superior a 200.000 habitantes, segundo dados do IBGE de 1995. Entre os resultados principais observou-se que as SPAs com maiores percentuais de uso na vida pela população brasileira foram: álcool, representado 68,7%, tabaco, com 41,1%, maconha, 6,9%, solventes, 5,8% e orexígenos, 4,3%, benzodiazepínicos, 3,3%. O uso na vida de álcool foi maior entre os indivíduos do sexo masculino, com estimativa de 77,3% contra 60,6% para o sexo feminino. As drogas com maior proporção de dependentes foram o álcool, com estimativa de 11,2%, e o tabaco, com 9,0%. Entre as demais SPAs, a dependência para benzodiazepínicos foi a maior, atingindo 1,1% da população.

Na população de 12 a 17 anos, a estimativa de uso na vida para o álcool foi de 48,3%. Entre o sexo masculino o uso foi de 52,2% e entre o feminino 44,7%. A prevalência de dependentes foi de 5,2%, sendo de 6,9% entre o sexo masculino e 3,5% no sexo feminino. Os percentuais de uso regular de álcool (consumo, pelo menos, de três a quatro dias por semana, incluindo aqueles que bebem diariamente) foram baixos, aproximando - se de 0,1% entre as meninas e 0,2% entre meninos. O uso na vida de tabaco foi identificado em 15,7% e dependência em 2,2%. Entre as demais drogas, a maconha, os solventes e os orexígenos foram as mais utilizadas, com percentuais de 3,5%, 3,4% e 3,5%, respectivamente, e baixas prevalências de dependência (menor que 0,0%).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005 (CEBRID, 2006) teve como população estudada os brasileiros residentes nas cidades com mais de 200 mil habitantes, mais a cidade de Palmas – por ser a capital e maior cidade do

estado de Tocantins. Os resultados demonstraram um aumento do uso na vida e dependência de álcool e tabaco entre a população brasileira, sendo observados percentuais de uso na vida de 74,6% e 44% e de dependência de 12,3% e 10,1 %, para álcool e tabaco, respectivamente. Os participantes do sexo masculino mantiveram as maiores frequências de uso e dependência, em todas as faixas etárias. Entre as demais SPAs, foram identificadas maiores prevalências de uso na vida para: maconha, com 8,8%, solventes, 6,1%, benzodiazepínicos, 5,6%, orexígenos, 4,1%, estimulantes, 3,2%. Não houve relato de uso de drogas injetáveis.

Para ambos os sexos, na faixa etária de 12 a 17 anos, os achados para uso na vida e dependência de álcool foram de 54,3% e 7,0%, respectivamente, e de 15,2% e 2,9%, para uso na vida e dependência de tabaco. As demais SPAs com maiores prevalências de uso na vida foram: maconha, com estimativa de 4,1%, solventes, com 3,4%, orexígenos, 3,2%, estimulantes, 1,6% e codeína, 1,4%. Comparando os resultados dos anos de 2002 e 2005, verifica-se um aumento do uso na vida e dependência de álcool, aumento do uso de tabaco, com redução da dependência. Um terço da população masculina de 12 a 17 anos, declarou já ter sido submetida a tratamento para dependência de droga, enfatizando a necessidade de aprimoramento de programas de prevenção na faixa etária mais jovem.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009a) apresentou informações de levantamentos nacionais sobre o consumo de SPAs no Brasil; dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde; dados sobre internações e óbitos decorrentes do uso de drogas e notificados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), referentes aos acidentes de trânsito com vítimas, associados ao consumo de álcool; intervenções realizadas pela polícia, com relação ao tráfico e consumo de SPAs; e dados sobre a estrutura de atenção aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas no Brasil.

De acordo com este, no período de 2001 a 2007, observou-se uma redução gradual dos casos de HIV/AIDS entre indivíduos da categoria de exposição Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), podendo refletir as intervenções realizadas pelos Programas de Redução de Danos (PRD). Os dados referentes à faixa etária de 13 a 19 anos demonstram uma contribuição de 1,7% no total de casos notificados no SINAN neste período (N=15.165). Casos de hepatite B para os quais o uso de drogas foi indicado como provável fonte de infecção sofreram aumento gradual entre os anos de 2001 e 2005, com pequena queda do número de casos confirmados

em 2006 e novo aumento em 2007. As faixas etárias de 5 a 19 anos representaram 2,3% dos casos de hepatite B e 0,9% de hepatite C para todo o período, com os menores de 10 anos contribuindo com 0,1% para ambos os tipos (BRASIL, 2009a).

No ano de 2007 as internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de SPAs no Sistema Único de Saúde corresponderam a aproximadamente 1,2% do total de internações notificadas no SIH/SUS. Nesta parcela, os transtornos devidos ao uso de álcool foram a maior causa de internações, correspondendo a cerca de 70% dos casos, seguidos pelas internações decorrentes do uso de múltiplas drogas, 23%, e de cocaína, 5%. Quando verificadas nas faixas etárias da infância e adolescência, foram observados percentuais de 0,2%, para faixa etária de 5 a 9 anos, 0,6%, para faixa de 10 a 14 anos, e 3,9%, para 15 a 19 anos. A mortalidade para esta causa foi de aproximadamente 0,7%, sendo o álcool responsável por 90% da ocorrência. A faixa de 5 a 19 anos representou menos de 1% do total de óbitos (BRASIL, 2009a).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - II LEAD foi realizado em 2012, com a população com 14 anos ou mais, em municípios de todo o território nacional. Este apresentou dados específicos sobre a prevalência e qualificação do consumo de bebidas alcoólicas entre a população de 14 a 17 anos, comparando os resultados com os do I Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado em 2006. Seus achados indicam uma maior proporção de abstinentes (não consumo de álcool nos últimos 12 meses), tanto para o ano de 2006, cerca de 65%, como para o ano de 2012, 74%. Não houve diferenças significativas entre os sexos, com 64% de meninos e 68% de meninas abstinentes, em 2006, e 75% de meninas e 74% de meninos na mesma condição em 2012 (INPAD, 2014).

Foram observadas diferenças significativas em relação à idade de início de consumo entre os sexos. Cerca de 50% dos entrevistados apontaram a faixa etária de 12 a 14 anos como período em que ocorreu o primeiro uso/ experimentação de bebidas alcoólicas. Houve um crescimento significativo do número de meninas que declarou a experimentação até os 15 anos, apresentando proporção de 69,0% em 2006 e 74,0% em 2012. Ocorreu uma diminuição do número de fumantes entre os adolescentes, passando de 6,2% em 2006 para 3,4% em 2012, mantendo-se maior entre o sexo masculino, apesar de a média de cigarros fumados diariamente ter passado de 12 para 15 cigarros por dia, entre os meninos, e 10 para 13, entre as meninas. A média de idade de experimentação do cigarro não se alterou significativamente,

sendo aos 13 anos para os dois anos. A média entre os sexos também não se alterou, com estimativa de 14 anos para os meninos e 13 anos para as meninas (INPAD, 2014).

Quando verificado o consumo de substâncias ilícitas (cocaína, estimulantes, ritalina, crack, OXI, tranquilizantes, solventes, ecstasy, morfina, heroína, esteroides, alucinógenos, anestésicos, cristal e maconha), verificou-se entre os adolescentes que as substâncias de maior consumo na vida foram: maconha, estimando-se 4,3%, tranquilizantes, 2,5%, cocaína, 2,3%, alucinógenos, 1,4% e estimulantes, 1,3%. Investigando o consumo nos últimos 12 meses, foi observada uma mudança, estando maconha, cocaína, tranquilizantes, solventes e estimulantes entre as mais consumidas, com respectivas prevalências de 3,4%, 1,6%, 1,4%, 1,2% e 0,9%. Para estes dados não foram encontrados resultados por sexo (INPAD, 2014).

Os levantamentos brasileiros apresentam-se em consonância com os achados internacionais, sendo álcool e tabaco as substâncias psicoativas mais consumidas. Foram observadas modificações no uso das demais SPAs, apesar de a maconha continuar sendo a de maior consumo. O uso de drogas injetáveis é incomum no Brasil. A experimentação das diferentes SPAs tem ocorrido entre os 12 e 15 anos, com relatos de início do consumo anterior aos 10 anos. Transtornos decorrentes do uso de álcool são responsáveis pela maior parcela das internações e óbitos. Não foram encontrados estudos que investigassem o consumo de SPAs entre menores de 10 anos.

## 2.2 A Atenção a Usuários de Substâncias Psicoativas no Brasil

A atenção a usuários de álcool e outras drogas é influenciada pelas políticas e leis que regulamentam o contexto no qual o cuidado é ofertado. Ao longo da história se observa o desenvolvimento de diferentes experiências de tratamento e prevenção do uso de substâncias psicoativas (SPAs), comumente afetadas por mudanças relacionadas à proibição e criminalização do uso de algumas drogas. Atualmente existem diversos modelos de atenção e tipos de serviço direcionados à população com transtornos decorrentes do uso de SPAs, contudo observa-se que muitos destes reforçam a estigmatização e marginalização dos usuários, interferindo no acesso aos serviços especializados e cuidado a esta população (PINHO et. al., 2008; OMS, 2010).

No Brasil, o consumo de substâncias psicoativas foi recorrentemente abordado a partir da lógica da “guerra às drogas”, com intervenções fundamentadas na perspectiva da criminalização e repressão ao uso destas. Até pouco tempo as intervenções do Estado eram restritas ao desenvolvimento de políticas e leis baseadas em medidas coercitivas, visando a redução de demanda e oferta de drogas, associando o consumo de SPAs principalmente à criminalidade. Somente nas últimas décadas ocorreram modificações conceituais e legais que permitem a ampliação e efetivação do cuidado a usuários de SPAs através de novas estratégias e dispositivos, buscando compartilhar a intervenção, até então exclusiva do campo da Justiça, também para o campo da Saúde (MACRAE, 1996; MACHADO; MIRANDA, 2007).

### 2.2.1 Legislação Brasileira sobre Drogas

A primeira lei brasileira específica sobre drogas foi aprovada em 1971, influenciada por um contexto internacional que incluía acordos e políticas direcionados à proibição e criminalização do uso de drogas. Dispunha sobre prevenção e repressão ao tráfico e uso das SPAs, definindo estas substâncias como “substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica”, e estabelecendo orientações sobre prevenção, recuperação das pessoas que as consumiam (“infratores viciados”) e procedimento judicial. Entre as medidas de prevenção, recomendava o trancamento de matrícula no ano letivo de aluno de qualquer estabelecimento de ensino que portasse, para uso próprio ou tráfico, essas substâncias (BRASIL, 1971). Esta lei foi substituída em 1976, pela Lei nº 6.368.

A “nova” Lei de Entorpecentes mantinha a lógica proibicionista anterior, e pretendia reprimir, prevenir e tratar o uso de substâncias entorpecentes. Ampliou a intervenção do Estado para aqueles que apresentavam dependência física ou psíquica, não apenas aos que cometiam crimes e infrações, enfatizando o cuidado através de internação hospitalar. Dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico e consumo de SPAs e instituiu o Sistema Nacional Antidrogas. Apesar de suas limitações, apontava para uma modificação na compreensão sobre o uso de drogas, podendo ser vista como um marco para as políticas sobre drogas no Brasil (BRASIL, 1976).

Em 1980 foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Por meio deste, buscou-se a integração das ações de prevenção, fiscalização, repressão ao tráfico e uso de SPAs, além de atividades de recuperação de dependentes. Esse Sistema também incluía uma tentativa de ação intersetorial, através da criação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), composto por representantes de diferentes Ministérios e outros profissionais, contudo sua atuação foi direcionada pelo setor da Justiça, com predominância de ações fundamentadas na criminalização e repressão (BRASIL, 1980).

O CONFEN privilegiou as atividades de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas, mantendo a clandestinidade do uso e da distribuição de determinadas substâncias, sem necessariamente evitá-los. Porém, trouxe contribuições significativas para o desenvolvimento de práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, principalmente com o apoio à implementação de Programas de Redução de Danos (PRD) mediante a troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis (UDI), ainda que estes não se adequassem à Lei de entorpecentes vigente.

Em 1998 o CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), cabendo a esta mobilizar os diferentes setores para a construção da primeira Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 1998). Dois anos depois o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) adotou como um dos seus objetivos a formulação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), estando o CONAD integrado a este, bem como outros órgãos governamentais (BRASIL, 2000). Neste período, o SISNAD orientava-se pela ideia de que o Estado e a sociedade compartilhariam a responsabilidade de desenvolver as atividades antidrogas no País, sensibilizando os estados e municípios para a adesão e implantação da Política Nacional Antidrogas.

Em 2002 foi sancionada uma nova lei sobre drogas. Esta dispunha sobre aspectos relacionados à prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, uso e tráfico de drogas (BRASIL, 2002a). Como orientação sobre o tratamento do “dependente ou o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica”, indicava a intervenção multiprofissional, com assistência da família, quando possível; e com participação de estabelecimentos hospitalares ou psiquiátricos, públicos ou particulares. Também incluía ações de redução de danos sociais e à saúde, cabendo ao Ministério da Saúde regulamentá-las, e estimulava o desenvolvimento dos chamados “programas de reinserção no mercado de trabalho” por empresas privadas.

Ainda que essa lei enfatizasse o tratamento do uso de drogas ilícitas, apontava para a ampliação das intervenções direcionadas às pessoas que fazem uso e/ou apresentam dependência de SPAs, incorporando ações de redução de riscos e danos e promovendo a reinserção social. A orientação de tratamento por equipe multiprofissional também representou um avanço para o período, entretanto a atenção em saúde continuou sendo direcionada para ambiente hospitalar ou psiquiátrico, ocorrendo principalmente através de internações.

Ainda em 2002, pelo Decreto nº 4.345, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Esta se fundamenta no enfrentamento ao uso indevido de drogas, trazendo orientações relacionadas à prevenção, tratamento, reinserção social, redução de danos, tratamento, desenvolvimento de estudos, entre outras ações. A PNAD trazia algumas contradições em seu texto, pois, apesar de recomendar o desenvolvimento de intervenções de Redução dos Danos Sociais e à Saúde, apresentava como primeiro pressuposto a busca incessante da construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, destacando também que as ações de redução de danos não deveriam afetar as outras modalidades e estratégias de redução da demanda (BRASIL, 2002b).

Como principais contribuições para a discussão sobre o consumo de drogas, podem ser destacadas: a diferenciação entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas; a orientação de evitar discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas; o reconhecimento do direito de recebimento de tratamento adequado; e a priorização das ações de prevenção. Contudo, a política se mostrou direcionada, principalmente, ao combate às drogas (antidrogas), não direcionada às pessoas, referindo-se ao uso de drogas como uma “séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades” (BRASIL, 2002b).

Diante das contradições existentes, no ano de 2004 foi iniciado um processo de discussão sobre a Política Nacional Antidrogas. Este levou à realização de seminários e fóruns nacionais e internacionais, com a participação de diferentes segmentos da sociedade, e busca por fundamentação em dados epidemiológicos e conhecimentos científicos atualizados. Deste modo, em 2005 entrou em vigor uma nova política: a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (BRASIL, 2005b).

A PNAD de 2005 inovou ao reconhecer as intervenções de prevenção ao uso indevido de SPAs como intervenção de maior eficácia e menor custo, retirando do seu texto a ênfase à repressão ao tráfico, que marcava as legislações anteriores. Apresentava ainda orientações e diretrizes para a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução dos danos sociais e à saúde, redução da oferta, e estudos, sugerindo uma mudança nos princípios que orientam as intervenções do Estado direcionadas ao consumo e consumidores de substâncias psicoativas.

As orientações para o tratamento, recuperação e reinserção social, pela primeira vez demonstraram consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, trazendo a indicação de uma “rede nacional das intervenções para tratamento, redução de danos, reinserção social e ocupacional”, citando pontos de atenção do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social, como Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia e serviços de emergências.

Em 2006 foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Este orientava medidas direcionadas à prevenção do uso indevido e atenção e reinserção de usuários e dependentes de drogas, normatizava estratégias de repressão à produção não autorizada, ao tráfico de drogas, e definia os crimes relacionados a estas (Lei nº 11.343/2006.). Apresentava também entre seus princípios e objetivos o respeito dos direitos humanos, diversidade e especificidades populacionais; promoção da integração e articulação entre diferentes setores da sociedade; maior socialização de informações sobre drogas; e equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e repressão (BRASIL, 2006).

Apesar de uma forte presença dos aspectos criminais e de repressão, o SISNAD aparentava uma compreensão ampliada sobre as atividades de prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social do usuário e/ou dependente de drogas e familiares. Definia as atividades de prevenção a partir da redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e da promoção e fortalecimento dos fatores de proteção, considerando as intervenções de atenção e reinserção social como promotoras da qualidade de vida e redutoras dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas, direcionando também para a integração ou reintegração social.

As orientações sobre a atenção e reinserção social fundamentavam-se em princípios como: respeito ao usuário de substâncias psicoativas, observando os direitos humanos,

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; adoção de estratégias que considerassem as especificidades socioculturais; elaboração de projeto terapêutico individualizado que objetivasse a inclusão social e redução de riscos e danos; atenção de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; alinhamento às orientações dos espaços de controle social; dentre outros.

No ano de 2007 foi aprovada a primeira política direcionada a uma SPA específica: a Política Nacional sobre o Álcool. Esta objetivou o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de álcool, englobando ações para reduzir os danos decorrentes do consumo e demais circunstâncias associadas ao uso nocivo de bebidas alcoólicas, como situações de violência e criminalidade. Recomendava como medidas de tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool a ampliação do acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool aos serviços do SUS e a articulação entre os diferentes recursos direcionados ao tratamento e reinserção social dos usuários e dependentes de álcool (BRASIL, 2007a).

Em 2010 foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIED). Este visava o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção do uso, tratamento, reinserção social dos usuários e enfrentamento do tráfico do crack e outras drogas ilícitas, a partir da execução de ações de forma descentralizada e integrada, observando “a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social”. Apresentava também fundamentos relacionados à integração e articulação de políticas e ações intersetoriais, de acordo com a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010a).

O PIED apresenta objetivos voltados ao cuidado dos usuários de SPAs que contemplam: participação dos familiares e atenção ao que denomina públicos vulneráveis, a exemplo de crianças, adolescentes e população em situação de rua; estruturação, ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde e assistência social com articulação das ações do SUS e SUAS; capacitação continuada dos atores envolvidos na prevenção e tratamento e reinserção social e enfrentamento ao tráfico de SPAs ilícitas; promoção e ampliação da participação da comunidade; disseminação de informações qualificadas e fortalecimento das ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2010a).

Cabe destacar que este plano surgiu num contexto de crescimento da criminalidade e constante associação entre o consumo de drogas e violência. Assim, a visibilidade dada ao

consumo de determinadas SPAs, a exemplo do crack, e o temor social relacionado a este consumo acabaram por dificultar a inclusão das pessoas mais vulneráveis e que fazem uso prejudicial nas ações propostas. A ênfase dada ao enfrentamento ao tráfico de substâncias ilícitas faz com que SPAs lícitas e que apresentam maior contribuição na carga de doença e mortalidade, como álcool e tabaco, não tivessem seus efeitos nocivos reconhecidos por grande parte da população. A fragilidade da estrutura de dispositivos e dificuldade de desenvolvimentos de ações territoriais direcionadas aos usuários de SPAs também se mostram pontos críticos para o avanço das políticas de atenção a esta parcela da população (ANDRADE, 2011).

Como um dos desdobramentos do PIED, em 2011 foi lançado o Programa Crack, é possível vencer, trazendo como finalidade a prevenção do uso e promoção da atenção integral ao usuário de crack, bem como o enfrentamento do tráfico de drogas. São indicados como objetivos o aumento da oferta de serviços de tratamento e atenção a usuários e seus familiares, redução da oferta de drogas ilícitas e promoção de ações de educação, informação e capacitação. Este programa trouxe como metas que, até o final do ano de 2014, ocorresse ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde, rede de assistência social e das ações de prevenção nas escolas; e que as forças de segurança pública das três esferas governamentais fossem equipadas e integradas para combater o tráfico e traficantes (BRASIL, 2013b).

O Crack, é possível vencer propõe contribuições específicas para a atenção aos usuários de SPAs, destacando-se: criação e qualificação de leitos para atendimentos e internações de curta duração durante crises de abstinência e em casos de intoxicações graves; criação de Consultórios na Rua, em municípios com mais de 100 mil habitantes; transformação de CAPS AD em CAPS AD 24 horas, com aumento das unidades em todo o país; criação de Unidades de Acolhimento (UA) para o público adulto e infanto-juvenil; ampliação do apoio às Comunidades Terapêuticas; capacitação de educadores e policiais militares para prevenção do uso de drogas em escolas públicas; capacitação de líderes comunitários, conselheiros municipais, lideranças religiosas, profissionais de saúde e assistência social e operadores do direito; e realização de intervenções de mídia.

O Programa apresenta três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. O eixo Prevenção inclui as ações para fortalecimento dos fatores de proteção e redução de fatores de risco para o uso de SPAs, enfatizando a atuação nas escolas, comunidades e comunicação

com a população. O eixo Cuidado trata da organização das redes de atenção à saúde e de assistência social, incluindo também as comunidades terapêuticas. O eixo Autoridade engloba as ações para redução da oferta de *drogas ilícitas*, com intervenções em cenas de uso e combate ao crime organizado.

Constata-se um avanço significativo na legislação brasileira sobre drogas, expresso, principalmente, pelas propostas de ampliação das intervenções do Estado para além do setor Justiça. Entretanto, a ênfase dada ao combate ao consumo de drogas ilícitas e associação deste à criminalidade e violência consolida a estigmatização daqueles que consomem estas substâncias e acentuam a intervenção penal. Verificou-se que as orientações legais direcionadas para infância e adolescência são restritas e também orientadas pela punição, diferenciando-se apenas pela tentativa de adequação ao Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Isso posto, torna-se necessária uma reflexão sobre os possíveis impactos da legislação brasileira sobre drogas sobre a saúde daqueles que consomem SPAs, já que, contraditoriamente, coloca-se como mais uma barreira para o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais de prevenção e cuidado aos usuários de substâncias psicoativas.

### 2.2.2 Políticas de Saúde para Usuários de Substâncias Psicoativas

A organização de uma rede de atenção em saúde direcionada a usuários de substâncias psicoativas (SPAs) no Brasil é recente. Como verificado anteriormente, a atenção a usuários de SPAs era coordenada pelo setor da Justiça, havendo prestação do cuidado em espaços hospitalares e de reclusão, ou a partir de experiências pontuais que, muitas vezes, eram enfraquecidas pela legislação vigente. Entretanto, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, criação do SUS, processo de Reforma Psiquiátrica, e alterações no perfil de morbimortalidade da população brasileira contribuíram para a incorporação do setor da Saúde na discussão sobre o consumo dessas substâncias (MACHADO, 2006).

A epidemia de HIV/AIDS ocorrida na década de 1980 possui estreita relação com a adoção das primeiras ações governamentais direcionadas à saúde de usuários de drogas. A associação entre o uso de drogas injetáveis e a transmissão do HIV possibilitou o surgimento de Programas de Trocas de Seringas (PTS) e dos Programas de Redução de Danos (PRD) (BRASIL, 2001). Cabe destacar que inicialmente estes programas tinham suas ações vistas

como ilegais e incentivadoras do consumo de SPAs, não possuindo apoio contínuo. Somente após a apresentação de evidências de que estes não contribuíam para o aumento deste o consumo, foram fortalecidos e reconhecidos como uma importante estratégia para a redução de infecções transmissíveis pelo compartilhamento de seringas ou pelo sexo, como HIV/AIDS, HTLV e Hepatites (ANDRADE, 2011).

Ainda nesse contexto, houve o reconhecimento dos centros de tratamento, pesquisa e prevenção pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) como centros colaboradores para construção de práticas de atenção a usuários de drogas, contribuindo para a realização de intervenções não moralistas ou repressivas. Porém, houve dificuldade para ampliar a atuação dos PRD para além de uma prática preventiva da contaminação pelo HIV, pois, apesar da efervescência dos debates acerca da necessidade de reestruturação da assistência em saúde mental, a organização da atenção a usuários de álcool e outras drogas era incipiente (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica possibilitaram a reestruturação da atenção em saúde no Brasil. O campo da saúde mental teve a reorientação do seu modelo assistencial formalizada a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001). Embora dispusesse sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionasse o modelo assistencial em saúde mental, não fazia referência à assistência a pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b).

A estruturação da atenção integral a pessoas que consomem substâncias psicoativas teve como marco a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001. A questão do álcool e outras drogas foi inserida através do Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS. Este foi produto de discussões entre técnicos e especialistas sobre a organização da rede SUS para a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, sendo apresentados dados epidemiológicos que indicaram a magnitude do problema e a necessidade de aperfeiçoamento da assistência aos usuários de substâncias psicoativas, levando a organização de intervenções em eixos relacionados ao modelo assistencial, financiamento, recursos humanos e controle social (BRASIL, 2002c).

Na proposta para o modelo assistencial, enfatizou-se a necessidade do estabelecimento de uma rede assistencial que tivesse como referência “um dispositivo estratégico centrado na comunidade” e que pudesse acionar os diferentes serviços e níveis de atenção, bem como

serviços não ligados diretamente à assistência à saúde. Assim, se buscaria promover o exercício da cidadania, reintegração e reinserção social; estando cada participante da rede em posse de informações atualizadas sobre os serviços disponíveis, divulgando também para a comunidade. Recomendou-se a realização de levantamento dos serviços de saúde que pudessem ser integrados pela rede e que, a partir da atuação do Programa de Saúde da Família, houvesse a inclusão de informações sobre o número de indivíduos com uso nocivo de álcool e outras drogas por grupo populacional no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Estas recomendações traziam uma importante modificação no tratamento ofertado aos usuários de SPAs, pois a assistência seria fundamentalmente ambulatorial, evitando internações. Quando necessárias estas seriam de curta duração e realizadas em enfermarias de hospitais gerais, sendo indicadas apenas em quadros de emergência que incluíssem situações de auto ou heteroagressão e quadros graves de intoxicação e abstinência. As internações em hospitais psiquiátricos ocorreriam apenas quando não houvesse espaço específico para o atendimento a usuários de drogas, devendo ser notificadas.

No ano seguinte à III Conferência, a atenção a usuários de substâncias psicoativas foi oficialmente inserida no campo da saúde (Portaria n.º 336/2002). A partir da necessidade de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, esta portaria estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes seriam serviços ambulatoriais de atenção diária, capacitados para atender, prioritariamente, pessoas com “transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”, contando com uma equipe multiprofissional, realizando diversas modalidades de atendimento, e constituindo-se em diferentes tipos, definidos por ordem crescente de complexidade e aspectos populacional (BRASIL, 2002d).

Inicialmente foram criados cinco modalidades de CAPS, sendo estas: CAPS I, para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento no período de 08:00 às 18:00 horas, durante os dias úteis da semana; CAPS II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e funcionamento similar ao CAPS I, podendo ampliar para até as 21:00 horas; CAPS III, para municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atenção contínua e diária, durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; CAPS i, para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser

definido, com funcionamento similar ao CAPS II; e CAPS AD, para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70.000, e funcionamento similar ao CAPS II.

Em abril do mesmo ano foi publicada a Portaria nº 626. Esta determinava que os recursos destinados ao custeio aos CAPS deveriam ser incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e definia também o Plano de expansão CAPS/NAPS por Região e Unidade da Federação – 2002. Este previa um quantitativo de 374 CAPS para todo o Brasil, estando estes distribuídos em: 32 para a região Norte, 78 para Nordeste, 153 para a região Sudeste, 20 para Centro Oeste e 91 para a região Sul (BRASIL, 2002e).

Também em 2002 foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Portaria nº 816). Este trazia objetivos voltados a: promoção da atenção a usuários com necessidades relacionadas ao uso substâncias psicoativas; organização e implantação de rede de serviços extra-hospitalares para atenção a indivíduos com transtornos por uso dessas substâncias, de modo articulado à rede de atenção psicossocial; aperfeiçoamento das intervenções de prevenção, como forma de redução de danos sociais e à saúde; realização de ações integrais e abrangentes, direcionadas aos pacientes e familiares; organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais; e promoção ações de capacitação e apoio de equipes de atenção básica e saúde mental locais, em articulação com instituições de formação (BRASIL, 2002f).

Considerando os diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes no Brasil, a diversidade das características populacionais e a variação da incidência dos transtornos causados pelo uso abusivo ou dependência de SPAs, o programa estabelecia a implantação de 250 CAPS AD, sendo desenvolvida em duas etapas. A primeira etapa (anos de 2002 e 2003) previa 120 (cento e vinte) CAPS AD em capitais e municípios com população de 200 mil habitantes ou mais, seguindo orientação da portaria. Na segunda (ano de 2004), previa 130 (cento e trinta) CAPS AD, estando 80 destes distribuídos em regiões metropolitanas, na proporção de 01 CAPS para cada 500 mil habitantes, e outros 50 localizados em cidades com menos de 200 mil habitantes, de acordo com necessidades estratégicas/epidemiológicas (BRASIL, 2002f).

No ano de 2003 foi reconhecida a existência de um elevado número de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo os relacionados ao uso prejudicial de SPAs, que não conseguiam acessar o sistema de saúde, sendo aprovado o Plano

Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência 2003/2004. Este objetivava “corrigir estas distorções”, prevendo a implantação mais CAPSi em municípios estratégicos. Esta Portaria definia o CAPSi como um serviço com capacidade para atender uma população de cerca de 200.000 habitantes, possuindo como clientela a população infantojuvenil com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, neuroses graves, autismo, deficiência mental com comorbidade psiquiátrica, e uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003a).

No mesmo ano foi instituído um Grupo de Trabalho Interministerial para a construção de um Plano de Atenção Integral ao Usuário de Álcool. Baseado nos princípios e diretrizes do SUS, previa a ampliação e desinstitucionalização da rede de cuidados e acesso, assegurando a assistência em dispositivos ambulatoriais, semi-intensivos e de caráter comunitário (BRASIL, 2003b). Este Grupo realizaria a avaliação e apresentação de propostas para redefinição, proposição e discussão da política nacional para a atenção a usuários de álcool, atuando também na legislação que envolvesse o consumo e propaganda de bebidas alcoólicas.

Diante do cenário existente e reconhecimento do impacto do consumo de SPAs na saúde pública foi apresentada a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Esta adotou como diretrizes a intersetorialidade e a atenção integral, indicando como pontos fundamentais para seu estabelecimento: mudanças sociais e comportamentais para diminuição de riscos individuais e grupais; ações informativas e de prevenção, destinadas à população em geral; qualificação e diversificação da oferta de serviços assistenciais; desenvolvimento de políticas que promovam a saúde contemplando ações dos setores da educação, saúde e acesso a bens e serviços; discussão e revisão de leis e implementação de dispositivos legais na garantia do acesso dos usuários de drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos; entre outros (BRASIL, 2004c).

Em 2004 a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS foi ampliada através da instituição do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004d). Este contemplava os diversos níveis de atenção, sendo organizado em diferentes componentes, sendo estes: a) componente da atenção básica (unidades de atenção básica, ambulatórios não especializados, Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros; b) componente da atenção nos CAPS AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; c) componente da atenção hospitalar de referência (Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção

Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad instalados em Hospitais Gerais); e d) componente da rede de suporte social (dispositivos comunitários de acolhida e cuidados), complementares à rede de serviços do SUS.

A partir do ano de 2005, com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas, houve a possibilidade de aproximação entre as políticas e ações elaboradas pela Secretaria Nacional Antidrogas e as direcionadas à atenção integral aos usuários de SPAs, tradicionalmente opostas. Como mencionado anteriormente, pela primeira vez a legislação sobre drogas ampliou suas orientações para além da redução da oferta de drogas ilícitas e combate ao tráfico destas. A regulamentação das ações de Redução de riscos e danos sociais e à saúde decorrentes do uso substâncias psicoativas (Portaria nº 1.028/2005) pode ser vista como um exemplo deste avanço, já que objetiva a redução dos riscos e danos associados ao uso destas substâncias, sem a necessidade de intervenção na oferta ou no consumo (BRASIL, 2005c).

No ano de 2007 foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE). Ainda que abranja diversas temáticas relacionadas à prevenção, promoção e atenção à saúde, entre as intervenções previstas podem ser destacadas aquelas relacionadas à promoção da saúde e prevenção ao uso de SPAs. Deste modo, o programa se configura como uma estratégia de prevenção e redução de riscos e danos relacionados ao consumo de SPAs pela população infantojuvenil, prevendo o desenvolvimento de atividades que abordam o uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas no cotidiano da escola e capacitação dos profissionais de saúde e educação para trabalhar com esta temática. (BRASIL, 2007b).

Em 2009 foi instituído o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010). Este se fundamentou em aspectos como o cenário epidemiológico relacionado ao consumo de SPAs no Brasil, a lacuna existente na assistência em saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo e a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas (BRASIL, 2009b).

O PEAD foi criado com finalidades relacionadas à ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS, recomendando a diversificação das ações de saúde associadas ao consumo prejudicial de SPAs; construção de “respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do

álcool e outras drogas”, considerando a vulnerabilidade e exclusão social das pessoas que consomem SPAs. Neste plano, municípios que apresentavam rede assistencial frágil ou maior magnitude epidemiológica de problemas relacionados ao consumo de SPAs foram elencados, devendo existir uma intervenção prioritária sobre eles (BRASIL, 2009b).

O Plano destacou também o consumo de SPAs por crianças, adolescentes e jovens, com indicação de que estes eram segmentos populacionais prioritários. As ações direcionadas a eles foram justificadas pelo uso cada vez mais precoce e pelas altas prevalências do consumo de SPAs entre jovens, além do seu impacto nas diversas áreas da vida. Considerou-se a necessidade do enfoque intersetorial, tendo em vista que a construção do cuidado à saúde mental infantojuvenil deve ocorrer de modo multidisciplinar e intersetorial. Como forma de garantir a cobertura ambulatorial plena, bem como o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental na primeira infância, foi recomendada a ampliação do acesso ao tratamento através da expansão dos CAPS AD, CAPS i e CAPS AD III, (BRASIL, 2009b).

Como desdobramento do PEAD e de outras intervenções relacionadas ao combate ao consumo de SPAs no Brasil, novos dispositivos de cuidado foram criados. Em 2010 foi instituída uma nova tipologia de CAPS: o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). Este surgiu com objetivo de atender, de modo integral e contínuo, pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, devendo funcionar durante as 24 horas, inclusive nos feriados e finais de semana. Sua implantação foi prevista em municípios com população de 200 mil habitantes, ainda que não possuíssem CAPS AD, e em município que, juntamente com outros municípios de referência da região, apresentassem número total de habitantes igual ou maior que 200 mil habitantes, existindo assim um CAPS AD III Regional (BRASIL, 2010b).

A partir de 2011 os serviços de atenção a usuários de SPAs foram oficialmente integrados aos demais serviços de saúde, sendo adotada a organização em pontos de atenção, compondo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta foi instituída através da Portaria nº 3.088/2011 e tem como finalidade a “criação, ampliação e 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” (BRASIL, 2011). Entre os componentes da RAPS, podem ser destacados como equipamentos com ações direcionadas à atenção a usuários de SPAs: Consultórios na Rua; Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i; Enfermarias Especializadas; e Unidades de Acolhimento (adulto e infantojuvenil).

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações relacionadas ao consumo de SPAs foram realizadas modificações nos CAPS AD III e instituídas as Unidades de Acolhimento. No ano de 2012, os CAPS AD III passaram a destinar-se à “atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas”, ampliando o atendimento a crianças e adolescentes, e as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (UA), foram regulamentadas como um componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS (BRASIL, 2012a).

A UA objetiva a oferta de acolhimento e cuidado contínuo para pessoas com necessidades decorrentes do uso SPAs, que apresentem situação de vulnerabilidade social e familiar, demandando acompanhamento terapêutico e protetivo. São previstas duas modalidades de funcionamento das UA: Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos (BRASIL, 2012b).

Em 2014 a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), buscou consolidar ações de prevenção ao uso de SPAS e promoção da saúde entre crianças, jovens e adolescentes. Foram selecionados e adaptados para a realidade brasileira três programas de prevenção do uso e abuso de álcool, tabaco, crack e outras drogas com êxito internacionalmente comprovado, os quais foram: #Tamojunto (para adolescentes de 13 e 14 anos em escolas públicas), Jogo Elos (para crianças de 6 a 10 anos em escolas públicas), e Programa Fortalecendo Famílias (para famílias e adolescentes de 10 a 14 anos em equipamentos da assistência social).

O #Tamojunto é uma adaptação do *Unplugged*, programa criado e testado pelo *European Drug Addiction Prevention Trial*. Consiste num programa de prevenção do uso de álcool e outras drogas destinado a estudantes das séries finais do ensino fundamental, com idade de 11 a 14 anos. Este consiste na realização de 12 aulas e 3 Oficinas de Pais realizadas por profissionais de saúde e educação, com objetivo de reduzir o consumo regular ou abuso de SPAs e prevenir a transição do uso esporádico para o uso frequente. Fundamenta-se no

modelo de influência social global, com desenvolvimento de atividades a partir dos eixos: promoção de habilidades de vida, e pensamento crítico frente às crenças normativas e informações sobre drogas. Este programa ainda está em fase de implementação no Brasil, entretanto sua aplicação em outros países indicou reduções nas probabilidades de uso diário de cigarros e episódios de intoxicação alcoólica, e efetividade comprovada para adiamento do primeiro uso e transição de uso eventual para frequente (BRASIL, 2014a).

O Jogo Elos é um programa criado por pesquisadores estadunidenses visando a prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas para estudantes de 1ª à 5ª séries do ensino fundamental, com idade de 6 a 10 anos. O Elos é desenvolvido através da realização de um jogo coletivo, no qual os estudantes são divididos em times e orientados a seguir regras de convivência estabelecidas coletivamente. Deste modo, são fomentadas atitudes positivas e colaborativas que promovam o desenvolvimento de hábitos de sociabilidade e cooperação, com estímulo ao sentimento de pertencimento a um grupo social e percepção dos impactos de suas ações nos outros. É um programa que ainda está em teste no Brasil, não havendo resultados publicados, contudo dados para a população dos EUA indicam diminuição da chance de fumar regularmente, fazer uso de SPAs ilícitas, desenvolvimento de transtorno de personalidade antissocial e consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2014a).

O Fortalecendo Famílias é uma proposta de intervenção com famílias que objetiva reduzir os fatores de risco e abuso de SPAs por adolescentes, sendo desenvolvido com pais e responsáveis de adolescentes com idade de 10 a 14 anos. É conduzido por profissionais da assistência social e/ou equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), promovendo reflexão sobre os valores e rotinas familiares e projeto de vida, através do fortalecimento de vínculos, desenvolvimento da habilidade de expressar amor e estímulo da capacidade de estabelecimento de regras. Ainda sem dados específicos para a população brasileira, estudos realizados no Reino Unido indicaram menor chance de fazer uso abusivo de álcool num período de quatro anos após participação no programa, redução no comportamento antissocial e agressividade dos adolescentes e famílias e melhora na relação entre os participantes (BRASIL, 2014a).

De modo geral, observa-se que a estruturação da atenção integral à saúde de pessoas que consomem substâncias psicoativas no Brasil é recente. Até o ano de 2005 a legislação brasileira sobre drogas se mostrava em discordância ao modelo assistencial previsto pela Política Nacional de Saúde Mental. Apesar de ainda existirem contradições entre esta

legislação e as políticas de saúde direcionadas aos usuários de SPAs, nota-se uma tentativa de construção de uma rede de atenção integrada e diversificada.

A organização do cuidado de crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas é incipiente, com existência de poucas ações integradas, abarcando principalmente os setores Saúde, Educação e Assistência Social. Ainda que a ampliação dos serviços de atenção seja recomendada e prevista por diferentes políticas, a rede existente se mostra inadequada, apontando para uma insuficiência de serviços e provável desassistência dessa população.

Quadro 1. Síntese da legislação brasileira sobre drogas e políticas de saúde direcionadas a usuários de substâncias psicoativas.

<b>ANO</b>	<b>ACONTECIMENTOS</b>
1971	- Primeira lei brasileira específica sobre drogas (Lei nº 5.726) .
1976	- “Nova” Lei de Entorpecentes (Lei nº 6.368); - Sistema Nacional Antidrogas (SINAD) é criado.
1980	- Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes; - Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) é criado; - Primeiros Programas de Redução de Danos (PRD) são desenvolvidos no Brasil.
1998	- COFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD); - Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi criada.
2001	- Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216) é sancionada; - Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS é apresentado na III Conferência Nacional de Saúde Mental;
2002	- Nova lei sobre drogas é sancionada (Lei nº 10.409); - Política Nacional Antidrogas (PNAD) é instituída; - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são estabelecidos; - Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas é instituído; - Plano de expansão CAPS/NAPS por Região e Unidade da Federação;
2003	- Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência 2003/2004 é aprovado; - Grupo de Trabalho Interministerial para a construção de um Plano de Atenção Integral ao Usuário de Álcool é instituído; - Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas.
2004	- Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas é instituído.
2005	- Política Nacional sobre Drogas (PNAD) é criada; - Portaria que visa regular as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, é criada.
2006	- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) é instituído (Lei nº 11.343);
2007	- Política Nacional sobre o Álcool é aprovada. - Programa Saúde na Escola é criado.
2009	- Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool

	e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) é instituído.
2010	- Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIED) é instituído; - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III são criados.
2011	- Programa Crack, é possível vencer é lançado; - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída;
2012	- Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (UA) são criadas.
2014	- Novos programas de prevenção do uso e abuso de álcool, tabaco, crack e outras drogas são desenvolvidos.

### **3 OBJETIVOS**

#### Geral

Descrever o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, realizados em Centros de Atenção Psicossocial de todo o Brasil, período de 2008 a 2012.

#### Específicos

1. Caracterizar a distribuição dos registros de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, realizados em Centros de Atenção Psicossocial de todo o Brasil, período de 2008 a 2012;
2. Estimar taxa de atendimento a pessoas com até 19 anos, com transtornos mentais e comportamentais por uso de substância psicoativa, em Centros de Atenção Psicossocial, no período de 2008 a 2012, por unidade federativa e região;
3. Descrever as características demográficas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, realizados em Centros de Atenção Psicossocial de todo o Brasil, período de 2008 a 2012;
4. Descrever as características nosológicas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, realizados em Centros de Atenção Psicossocial de todo o Brasil, período de 2008 a 2012;
5. Descrever a modalidade do atendimento ofertado a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, em Centros de Atenção Psicossocial de todo o Brasil, período de 2008 a 2012.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico de múltiplos grupos, que adotou como unidades de análise as unidades federativas brasileiras (estados e Distrito Federal), observando os Centros de Atenção Psicossocial, no período de 2008 a 2012.

### 4.2 Fonte de dados

Foram utilizados dados secundários de sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde, obtidos nos registros da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), acessados através do DATASUS.

As APACs consistem em um documento que identifica cada usuário e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados, compreendendo os procedimentos ambulatoriais integrantes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 1996). Na APAC é feito o registro individualizado dos atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados nos estabelecimentos de saúde, permitindo o processamento de forma descentralizada da produção desses.

As APACs tem sido utilizadas como fonte de dados em diferentes estudos, sendo destacada sua importância na realização de análises epidemiológicas, apresentando uma riqueza de dados que permitem análises epidemiológicas e conhecimento de alguns perfis. (ANDREAZZI et. al.; 2014; BRITO et al., 2005; MOURA et. al., 2009; MOURA et.al., 2014; OLIVEIRA, 2009; QUEIROZ et. al., 2009; SOARES, SILVA, 2013)

Os dados referentes aos CAPS passaram a ser incluídos na tabela do SIA/SUS em 2002 (Portaria GM/ MS N° 189), contudo o detalhamento de características demográficas e diagnósticas dos atendimentos era deficiente, com registro apenas da faixa etária e causa do atendimento. Somente no ano 2008 houve maior detalhamento e ampliação das informações

registradas. A partir do ano 2013 o registro dos atendimentos e procedimentos realizados em CAPS passou a ser feito em Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), substituindo o registro em APAC (BRASIL, 2012c). Deste modo, o presente estudo analisou todo o período com detalhamento das características demográficas e diagnósticas dos atendimentos e procedimentos realizados em CAPS com registro em APACs.

O CNES é a base para os Sistemas de Informações em Saúde, instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000. Este disponibiliza informações relacionadas aos estabelecimentos, profissionais de saúde, fontes mantenedoras e cadastro de equipes dos estabelecimentos de saúde. O CNES é um instrumento de planejamento, controle e avaliação do SUS, abrangendo todos os estabelecimentos hospitalares vinculados ou não ao SUS, todos os estabelecimentos ambulatoriais que prestam serviços ao SUS e os estabelecimentos privados que realizam procedimentos de Hemoterapia, Medicina Nuclear, Patologia Clínica, Radiologia, Radiologia Intervencionista, Radioterapia, Ressonância Nuclear Magnética, Quimioterapia, Terapia Renal Substitutiva, Tomografia Computadorizada.

#### 4.3 Coleta e seleção de dados

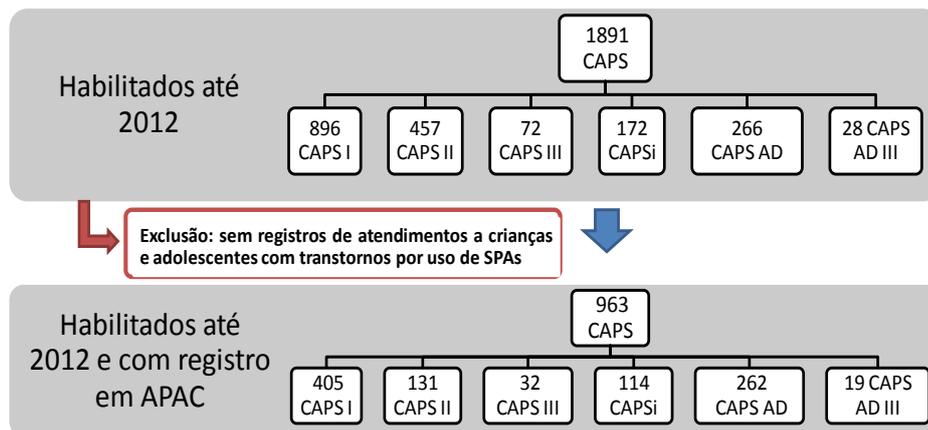
Os dados referentes às características e distribuição espacial dos CAPS foram acessados através do Sistema CNES, na sessão *Relatórios*, sendo selecionada a opção *Habilitações*. Para a caracterização demográfica e diagnóstica dos atendimentos foram utilizadas as APACs. Estas foram acessadas no sítio DATASUS, sessão Arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, como arquivos de dados, do tipo Produção Ambulatorial, estando organizados e disponibilizados para acesso por ano, Unidade Federativa (UF) e mês.

No sistema CNES foi realizada verificação dos CAPS por subtipo (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ALCOOL E DROGA, CAPS INFANTIL e CAPS AD III) e destaque dos códigos destes estabelecimentos. Posteriormente, os dados foram organizados em planilhas, com utilização do software Microsoft Office Excel 2007, selecionado os estabelecimentos por subtipo e observando o ano de habilitação, com exclusão dos estabelecimentos habilitados após 2012. Ao final desta etapa, foram incluídos 1891 CAPS.

Dados das APACs foram extraídos e descompactados utilizando o programa Tabwin versão 10, e posteriormente organizados, de acordo com UF e ano, também no Microsoft Office Excel 2007. A organização inicial dos dados foi realizada unificando os dados mensais por ano e UF. Em seguida foram observados os dados referentes à idade do usuário e causa que gerou atendimento. Foram excluídos os atendimentos com registro de idade maior que 19 anos. Posteriormente foram verificados os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) registrados como causa do atendimento, com exclusão dos que não representavam Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (diferente de F10 a F19).

Na etapa final da seleção foram comparados os códigos dos estabelecimentos habilitados no CNES e os códigos dos estabelecimentos registrados nas APACs. Houve diferença entre o número de estabelecimentos habilitados até 2012 e a quantidade que registrou/reportou atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de SPA, sendo excluídos os que não possuíam registros em APAC (Figura 1).

Figura 1. Seleção dos dados.



#### 4.4 Variáveis do estudo

As variáveis foram agrupadas de acordo com a natureza das suas informações e fonte de dados utilizada, estando organizadas em:

1. Referentes ao estabelecimento de saúde: obtidas no sistema do CNES, contendo informações sobre os estabelecimentos de saúde.

- Localização: Unidade Federativa e Município.
- Tipo de estabelecimento: subtipo registrado do CAPS, conforme definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2011):
  - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para municípios com população acima de 20 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas;
  - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, que pode ser estendido até as 21:00 horas;
  - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes;
  - CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, podendo estender até as 21:00 horas;
  - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, podendo estender até as 21:00 horas.

- CAPS AD III: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. É um serviço com leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; devendo existir na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.
  - Data de habilitação: ano em que o estabelecimento foi habilitado, segundo registro no sistema CNES.
2. Referentes aos registros dos atendimentos: obtidas nas APACs, contendo informações sobre os atendimentos realizados nos CAPS e registrados nestas.
- Causa do atendimento: código da CID 10 registrado como causa que gerou o atendimento (WHO, 2011b).
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos (F11);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides (F12);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos (F13);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína (F14);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (F15);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos (F16);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco (F17);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis (F18);
    - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19).
  - Modalidade de atendimento: tipo de atendimento e procedimentos realizados, definidos a partir dos códigos estabelecidos nas tabelas dos procedimentos da APAC, e conforme descrição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

- Atendimento intensivo: atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;
  - Atendimento semi-intensivo: modalidade na qual o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia;
  - Atendimento não intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.
  - Atendimento noturno: atendimento realizado no período entre 18:00 e 21:00 horas (atendimento em terceiro turno) e atendimentos que incluam a permanência do usuário no CAPS, para repouso ou observação, durante o período de até sete dias ininterruptos ou entre dez e catorze dias descontínuos, em um período de 30 dias (acolhimento noturno);
  - Outros tipos de atendimento: atendimento domiciliar, atendimento ou acompanhamento neurológico, fisioterápico ou de reabilitação realizado por profissional da equipe multiprofissional do CAPS.
- Faixa etária: categorias estabelecidas pelo IBGE.
    - Menor de 1 ano;
    - 1 a 4 anos;
    - 5 a 9 anos;
    - 10 a 14 anos;
    - 15 a 19 anos.
  - Sexo: registro realizado na APAC.
    - Masculino;
    - Feminino.
  - Raça/cor: foi adotada a classificação indicada na tabela do SIA/SUS

- Branca;
- Preta;
- Parda;
- Amarela;
- Indígena;
- Sem Informação.

#### 4.5 Análise de dados

Foi realizada análise descritiva das características dos atendimentos realizados, com estimativa de frequências, e construção de gráficos e tabelas, de acordo com as características demográficas e nosológicas. Foi verificada a distribuição espacial dos serviços e atendimentos realizados, com construção de mapas de distribuição através do programa TabWin. O Stata versão 10 foi utilizado para categorização dos dados, estimação das frequências, cálculo e análise das taxas de atendimento.

Foram calculadas taxas de atendimento por UF e região. Para construção destas, foram acessados os dados populacionais disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando as estimativas para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo. Foi realizada padronização das taxas por 100.000 habitantes para que pudesse ser realizada comparação entre as unidades federativas, com utilização da fórmula:

$$\text{Taxa de atendimento} = \frac{\text{Número de atendimentos a pessoas com até 19 anos}}{\text{Total da população com até 19 anos}} \times 100.000$$

Para a estimação da tendência, foi realizada regressão linear, considerando as taxas de atendimento como variável dependente e o tempo (em anos) como variável independente. Nesta etapa, os dados por unidade federativa não atenderam aos pressupostos para utilização da regressão linear, sendo realizada apenas a análise por região.

Após identificação de incompatibilidade entre os resultados referentes à idade registrada no atendimento e os critérios para diagnóstico de transtornos por uso de substâncias

psicoativas, foi realizada uma categorização específica para a análise dos dados referentes às faixas etárias menores de 10 anos.

#### 4.6 Aspectos éticos

Foram utilizados dados secundários, obtidos através de base de dados públicos (DATASUS). Não foram acessadas informações que permitam identificação dos indivíduos e/ou ocasionem danos, sendo respeitados os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS

### 5.1. Distribuição nacional dos registros e taxas de atendimentos

Foram encontrados 152.833 registros de atendimentos a criança e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs), realizados em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiros, no período de 2008 a 2012. Observou-se tendência crescente deste o número de atendimentos, evoluindo de 21.393 registros em 2008, para 39.119, em 2012 (Tabela 1).

Os estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul destacaram-se, apresentando os maiores percentuais de atendimentos em todo o período. No ano de 2008, São Paulo foi responsável por 21,6% dos atendimentos de todo país, aumentando progressivamente a frequência dos registros, alcançando 37,9% em 2012. Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresentaram redução dos percentuais, com contribuições respectivas de 17,9% e 10,3% em 2008, e 13,0% e 9,0%, em 2012. Amazonas, Roraima e Distrito Federal apresentaram os menores percentuais de registro de atendimentos em todo o período, com estimativas de até 0,1%. Observou-se uma redução progressiva dos percentuais de atendimentos em Ceará, Paraíba e Pernambuco (Tabela 1).

As regiões Sudeste e Sul lideraram o volume dos atendimentos no período analisado, tendo a região Sul apresentado a maior contribuição nos anos de 2008 e 2009, com 33,7% e 35,9%, respectivamente, e a região Sudeste assumindo a primeira posição a partir do ano de 2009, com percentuais de 42,0%, em 2010, 47,6%, em 2011, e 47,5% em 2012. O aumento das frequências de atendimento apresentado pelo estado de São Paulo mostra-se responsável pela liderança da região Sudeste a partir de 2009. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores contribuições para o total de atendimentos em todo o período, com 2,5% e 7,2%. (Tabela 1).

Houve aumento da taxa nacional de atendimento no Brasil, mudando de 32,2 atendimentos para cada 100 mil habitantes com até 19 anos, em 2008, para 61,1 atendimentos/100 mil habitantes em 2012. A análise por região demonstrou que o Sul manteve as maiores taxas em todo o período, apresentando 81,6 atendimentos por 100 mil habitantes em 2008 e 128,6 atendimentos/100 mil habitantes em 2012. A região Norte teve as

menores taxas, como valores de 10,5 atendimentos/ 100 mil habitantes em 2008, e 13,5 atendimentos/100 mil habitantes em 2012 (Tabela 2).

Entre as unidades federativas (UF), em 2008, as maiores taxas foram identificadas no Acre, Paraná e Paraíba, com estimativas correspondentes respectivamente a 141,3 atendimentos/ 100 mil habitantes, 108,3 por 100 mil e 92,5 por 100 mil. A partir de 2009 o Acre apresentou uma brusca redução. Nos anos de 2011 e 2012 os estados de São Paulo e Mato Grosso mostraram um aumento considerável, avançando respectivamente de taxas de 35,7 e 31,7 em 2008, para 119,8 e 156,6 atendimentos por 100 mil, em 2012 (Tabela 2).

A análise por regressão linear revelou um aumento médio de 8,1 unidades na taxa anual de atendimento. Todas as regiões brasileiras apresentaram tendência crescente das respectivas taxas, com destaque para Sudeste, Sul e Centro – Oeste que mostraram aumento médio acima do nacional ( $\beta_{\text{Sudeste}} = 14,32$ ;  $\beta_{\text{Sul}} = 11,47$ ;  $\beta_{\text{Centro-Oeste}} = 8,6$ ) e com significância estatística (valor  $p < 0,05$ ) (Tabela 2).

**Tabela 1.** Distribuição dos registros de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo região e unidade federativa, Brasil, 2008 a 2012.

Região/Unidade Federativa	Ano										Total	
	2008		2009		2010		2011		2012			
	n (=21393)	%	n (=23744)	%	n (=31098)	%	n (=37479)	%	n (=39119)	%	n (=152833)	%
<b>Norte</b>	686	3,2	494	2,1	695	2,2	980	2,6	915	2,3	3770	2,5
Rondônia	20	0,1	26	0,1	91	0,3	67	0,2	185	0,5	389	0,3
Acre	443	2,1	120	0,5	85	0,3	173	0,5	65	0,2	886	0,6
Amazonas	0	0,0	0	0,0	1	0,0	16	0,0 <sup>a</sup>	41	0,1	41	0,0 <sup>b</sup>
Roraima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	26	0,1	27	0,0 <sup>c</sup>
Pará	213	1,0	257	1,1	347	1,1	550	1,5	419	1,1	1786	1,2
Amapá	0	0,0	0	0,0	9	0,0 <sup>b</sup>	91	0,2	73	0,2	173	0,1
Tocantins	10	0,1	91	0,4	162	0,5	82	0,2	123	0,3	468	0,3
<b>Nordeste</b>	5329	24,9	5621	23,7	6079	19,6	6215	16,6	5809	14,8	29053	19,0
Maranhão	571	2,7	397	1,7	544	1,8	1029	2,7	1003	2,6	3544	2,3
Piauí	669	3,1	489	2,1	544	1,7	417	1,1	540	1,4	2659	1,7
Ceará	1352	6,3	1166	4,9	1087	3,5	1011	2,7	639	1,6	5255	3,4
Rio Grande do Norte	123	0,6	108	0,4	167	0,5	243	0,6	264	0,7	905	0,6
Paraíba	1276	6,0	1346	5,8	1363	4,4	1221	3,3	1118	2,9	6324	4,1
Pernambuco	777	3,6	798	3,4	943	3,0	780	2,1	924	2,4	4222	2,8
Alagoas	93	0,4	167	0,7	136	0,4	178	0,5	104	0,3	678	0,4
Sergipe	214	1,0	187	0,8	250	0,8	348	0,9	289	0,7	1288	0,8
Bahia	254	1,2	963	4,1	1045	3,4	988	2,6	928	2,4	4178	2,7
<b>Sudeste</b>	6756	31,6	7321	30,8	13062	42,0	17827	47,6	18467	47,5	63433	41,5
Minas Gerais	1473	6,9	1540	6,5	2218	7,1	2238	6,0	2198	5,6	9667	6,3
Espírito Santo	321	1,5	373	1,6	201	0,6	259	0,7	173	0,4	1327	0,9
Rio de Janeiro	350	1,6	435	1,8	858	2,8	1786	4,8	1253	3,2	4682	3,1
São Paulo	4612	21,6	4973	20,9	9785	31,5	13544	36,1	14843	37,9	47757	31,3

**Tabela 1.** Distribuição dos registros de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo região e unidade federativa, Brasil, 2008 a 2012.

Região/Unidade Federativa	Ano										Total	
	2008		2009		2010		2011		2012		n (=152833)	
	n (=21393)	%	n (=23744)	%	n (=31098)	%	n (=37479)	%	n (=39119)	%	n (=152833)	%
Sul	7212	33,7	8518	35,9	9061	29,1	9930	26,5	10848	27,6	45569	29,8
Paraná	3839	17,9	3945	16,6	4037	13,0	4738	12,6	5097	13,0	21656	14,2
Santa Catarina	1171	5,5	1462	6,2	1796	5,8	1995	5,3	2230	5,7	8654	5,7
Rio Grande do Sul	2202	10,3	3111	13,1	3228	10,4	3197	8,5	3521	9,0	15259	10,0
Centro-Oeste	1410	6,6	1790	7,5	2201	7,1	2527	6,7	3080	7,8	11008	7,2
Mato Grosso do Sul	158	0,7	223	0,9	276	0,9	296	0,8	260	0,7	1213	0,8
Mato Grosso	349	1,6	638	2,7	629	2,0	1140	3,0	1711	4,4	4467	2,9
Goiás	902	4,2	929	3,9	1287	4,1	1055	2,8	1109	2,8	5282	3,5
Distrito Federal	1	0,0	0	0,0	9	0,0 <sup>b</sup>	36	0,1	0	0,0	46	0,0 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Percentual igual a 0,04. <sup>b</sup> Percentual igual a 0,03. <sup>c</sup> Percentual igual a 0,02. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

**Tabela 2.** Taxa de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas segundo região, Brasil, 2008 a 2012.

Região/Unidade Federativa	Ano					$\beta$	Valor p
	2008	2009	2010	2011	2012		
Brasil	32,2	36,0	49,4	59,0	61,1	8,1	0,005*
Norte	10,5	7,6	10,5	14,6	13,5	1,3	0,151
Nordeste	25,7	27,5	31,6	32,0	29,7	1,25	0,157
Sudeste	26,4	28,8	54,3	73,6	75,6	14,32	0,009*
Sul	81,6	97,7	108,7	118,4	128,6	11,47	0,001*
Centro-Oeste	28,9	36,8	46,8	53,0	63,8	8,6	0,000*

\*Estatisticamente significativa (valor  $p < 0,5$ ). Fonte: Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). \*Atendimentos por 100.000 habitantes com até 19 anos.

## 5.2 Tipos de CAPS e realização do atendimento

A distribuição dos registros segundo o tipo de CAPS indicou que 81,5% destes atendimentos foram realizados por CAPS AD e 10,3% em CAPS i, tendo o CAPS III contribuído com menos de 0,5% destes atendimentos. Quando verificada esta distribuição por região, os CAPS AD mantiveram as maiores frequências de registros de atendimentos em todas elas. Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul os CAPS i ocupam a segunda posição, contribuindo respectivamente, com 9,3%, 10,1% e 14,3% dos atendimentos. Observa-se que as regiões Norte e Centro-Oeste se diferenciam das demais em relação à contribuição dos CAPS tipo I, pois estes superaram o número de atendimentos realizados em CAPS i, ocupando sua posição. Os CAPS tipo III mantiveram os menores percentuais (Tabela 3).

## 5.3. Modalidade de atendimento ofertado

A análise segundo a modalidade do atendimento ofertado demonstrou que os atendimentos do tipo Semi-Intensivo foram os mais frequentes, sendo apontado em 47,9% dos registros de todo o período. Os atendimentos Não Intensivos ocuparam a segunda posição, com 31,1% dos registros, seguidos pelo tipo Intensivo, com 20,0%. Os atendimentos noturnos e outros, como domiciliar, acompanhamento neurológico, fisioterápico ou de reabilitação realizado pela do CAPS, representaram 1,0% do total (Tabela 4).

A região Norte apresentou maior frequência dos atendimentos Não Intensivos, com 38,0% dos registros nesta modalidade, seguidos pelos Semi – Intensivos, com 34,2%, e Intensivos, 20,9%. Nas demais regiões, os atendimentos Semi – Intensivos foram os mais frequentes, com percentuais de 40,1% na região Nordeste, 49,7% na Sudeste, 47,2% na Sul e 64,6%, na região Centro – Oeste. Os atendimentos Intensivos ocuparam a segunda posição nas regiões Nordeste e Centro – Oeste, com frequências de 29,9% e 25,6%, respectivamente. Nas regiões Sul e Sudeste, atendimentos Não Intensivos ocuparam essa posição, com 35,8% e 30,6%. A região Norte destacou-se por apresentar percentual de 6,9% para Outros tipos de atendimento, enquanto nas demais regiões houve variação entre 0,0% e 0,5% (Tabela 4).

**Tabela 3.** Distribuição dos registros de atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, segundo tipo de CAPS e região, Brasil, 2008 a 2012.

	<b>Região</b>										<b>Total</b>	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	n (=3770)	%	n (=29053)	%	n (=63433)	%	n (=45569)	%	n (=11008)	%	n (= 152833)	%
<b>Tipo de CAPS</b>												
CAPS I	219	5,8	2254	7,8	1051	1,6	2554	5,6	387	3,5	6465	4,2
CAPS II	105	2,8	527	1,8	4703	7,4	215	0,5	8	0,1	5558	3,6
CAPS III	6	0,2	186	0,6	222	0,4	19	0,0	110	1,0	543	0,4
CAPS i	42	1,1	2691	9,3	6403	10,1	6534	14,3	129	1,2	15799	10,3
CAPS AD*	3398	90,1	23395	80,5	51054	80,5	36247	79,5	10374	94,2	124468	81,5

\* CAPS AD: CAPS AD E CAPS AD III. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Tabela 4.** Distribuição dos atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, segundo modalidade de atendimento e região, Brasil, 2008 a 2012.

	Região										Total	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste			
	n (=3770)	%	n (=29053)	%	n (=63433)	%	n (=45569)	%	n (=11008)	%	n (=152833)	%
<b>Tipo de atendimento</b>												
Intensivo	790	20,9	8683	29,9	8545	13,5	9759	21,4	2820	25,6	30597	20,0
Semi-intensivo	1290	34,2	11641	40,1	31560	49,7	21533	47,2	7115	64,6	73139	47,9
Não intensivo	1431	38,0	8519	29,3	22740	35,8	13939	30,6	958	8,7	47587	31,1
Noturno	0	0,0	71	0,2	581	0,9	337	0,7	112	1,0	1101	0,7
Outros*	259	6,9	139	0,5	7	0,0 <sup>a</sup>	1	0,0	3	0,0 <sup>b</sup>	409	0,3

\*Outros tipos de atendimento: atendimento domiciliar, atendimento ou acompanhamento neurológico, fisioterápico ou de reabilitação realizado por profissional da equipe multiprofissional do CAPS. <sup>a</sup> Percentual igual a 0,01. <sup>b</sup> Percentual igual a 0,03. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

#### 5.4. Características demográficas dos atendimentos

O sexo masculino predominou entre os atendimentos por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, equivalendo a 81,2% dos registros. A faixa de 15 a 19 anos responsável por 83,2% dos atendimentos, seguida pelo grupo etário de 10 a 14 anos, com 15,0%. Aqueles com menos de 10 anos contribuíram com 1,8% dos registros de atendimento. A ausência de informações sobre a variável Raça/cor foi considerável, correspondendo a 45,3% dos registros analisados. A Raça/cor Branca participou de 29,1% dos registros, seguida pela Parda, com 19,6%, e Preta, com 4,9%. A Raça/cor Amarela contribuiu com apenas 1,0% dos registros e a Indígena, com 0,1% (Tabela 5).

Ao analisar cada ano da série, observou-se que o sexo masculino predominou em todo o período, com 80,9% dos atendimentos em 2008 e 79,3% em 2012. O grupo entre 15 e 19 anos manteve a maior contribuição, sendo indicado em 77,8% em 2008 e 84,8% em 2012, seguido pelo grupo entre 10 e 14 anos, com percentuais de 16,5%, em 2008, e 14,3%, em 2012. Apesar da expressiva ausência de informação referente à variável Raça/cor em todos os anos, com percentuais de 38,6% em 2008 e 43,1% em 2012, encontrou-se o seguinte. A raça/cor Branca foi indicada em 33,3% dos registros em 2008, e 29,8% em 2012. A raça/cor Indígena apresentou baixas frequências em todo período, com valores máximos de 0,1% (Tabela 5).

Em todas as regiões, o sexo masculino predominou entre os atendimentos, variando entre 86,4% e 79,4%, nas regiões Norte e Centro-Oeste, respectivamente. A faixa etária de 15 a 19 anos também apresentou os maiores percentuais em todas as regiões, com variação de 85,9% a 80,3%, para Norte e Centro-Oeste, respectivamente. A Raça/Cor Parda foi apontada em 58,2% dos registros da região Norte, 38,5% da Nordeste e 31,5% da Centro-Oeste. A categoria Branca foi a mais indicada na região Sul, 46,5% dos registros. A raça/cor Indígena exibiu as menores frequências, variando de 0,0% a 0,5%. A ausência de informação sobre Raça/Cor foi observada em 45,8% dos registros da região Nordeste, 50,6% da Sudeste, 40,9% da Centro-Oeste (Tabela 6).

**Tabela 5.** Características demográficas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, Brasil, 2008 a 2012.

Variáveis	Ano										Total	
	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n (=21393)	%	n (=23744)	%	n (=31098)	%	n (=37479)	%	n (=39119)	%	n (=152833)	%
<b>Sexo</b>												
Feminino	4093	19,1	4148	17,5	5532	17,8	6779	18,1	8112	20,7	28,7	18,8
Masculino	17300	80,9	19596	82,5	25566	82,2	30700	81,9	31007	79,3	124169	81,2
<b>Faixa etária</b>												
Menor de 1 ano	933	4,4	63	0,3	139	0,5	116	0,3	78	0,2	1329	0,9
1 a 4 anos	18	0,1	19	0,1	57	0,2	28	0,1	52	0,1	174	0,1
5 a 9 anos	256	1,2	201	0,8	219	0,7	298	0,8	213	0,5	1187	0,8
10 a 14 anos	3540	16,5	3879	16,3	4783	15,4	5200	13,9	5608	14,3	23010	15,0
15 a 19 anos	16646	77,8	19582	82,5	25900	83,3	31837	84,9	33168	84,8	127133	83,2
<b>Raça/cor</b>												
Branca	7125	33,3	8131	30,1	10500	26,1	11644	28,0	44537	29,8	44537	29,1
Preta	1232	5,8	1147	4,8	1495	4,9	1745	4,7	1829	4,7	7448	4,9
Parda	4473	20,9	4365	18,4	5423	17,4	7403	19,7	8287	21,2	29951	19,6
Amarela	291	1,4	284	1,2	265	0,9	263	0,7	448	1,1	1551	1,0
Indígena	9	0,0	5	0,0	3	0,0	22	0,1	30	0,1	69	0,1
Sem Informação	8263	38,6	10806	45,5	15781	50,7	17546	46,8	16881	43,1	69277	45,3

**Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

**Tabela 6.** Características demográficas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados nos CAPS, segundo região, Brasil, 2008 a 2012.

Variáveis	Região										Total	
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro – Oeste			
	n (= 3770)	%	n (=29053)	%	n (= 63433)	%	n (= 45569)	%	n (11008)	%	n (=152833)	%
<b>Sexo</b>												
Feminino	514	13,6	4714	16,2	12588	19,8	8581	18,8	2267	20,6	28664	18,8
Masculino	3256	86,4	24339	83,8	50845	80,2	36988	81,2	8741	79,4	124169	81,2
<b>Faixa etária</b>												
Menor de 1 ano	93	2,5	644	2,2	219	0,4	152	0,3	221	2,0	1329	0,9
1 a 4 anos	2	0,1	81	0,3	49	0,1	42	0,1	0	0,0	174	0,1
5 a 9 anos	27	0,7	415	1,4	396	0,6	329	0,7	20	0,2	1187	0,8
10 a 14 anos	409	10,8	3362	11,6	8895	14,0	8412	18,5	1932	17,5	23010	15,0
15 a 19 anos	3239	85,9	24551	84,5	53874	84,9	36634	80,4	8835	80,3	127133	83,2
<b>Raça/cor</b>												
Branca	269	7,1	2682	9,2	17771	28,0	21172	46,5	2643	24,0	44537	29,1
Preta	235	6,2	1335	4,6	3756	5,9	1920	4,2	202	1,8	7448	4,9
Parda	2194	58,2	11171	38,5	9487	15,0	3635	8,0	3464	31,5	29951	19,6
Amarela	318	8,5	551	1,9	310	0,5	224	0,5	148	1,3	1551	1,0
Indígena	0	0,0	4	0,0	8	0,0	3	0,0	54	0,5	69	0,1
Sem Informação	754	20,0	13310	45,8	32101	50,6	18615	40,8	4497	40,9	69277	45,3

**Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

## 5.5. Características nosológicas dos atendimentos

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas substâncias psicoativas (SPAs) foram responsáveis por 56,3% dos atendimentos registrados no Brasil, sendo a primeira causa de atendimento no período estudado. Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de cocaína foram a segunda causa de atendimento, com indicação em 15,6% dos registros, seguidos pelos transtornos consequentes do uso canabinóides, com 15,5%. Transtornos decorrentes do uso de álcool apresentaram percentual de 9,4%, enquanto os demais transtornos contribuíram com 3,2% dos atendimentos (Tabela 7).

Quando verificadas as frequências segundo ano de registro do atendimento, os transtornos por uso de múltiplas SPAs mantiveram-se como primeira causa de atendimento. Observou-se que os transtornos por uso de canabinóides foram a segunda causa de atendimento nos anos de 2008, 2009 e 2012, com frequências de 13,8%, 15,2% e 17,2%, respectivamente. Nos anos de 2010 e 2011, os transtornos pelo uso de cocaína ocuparam a segunda posição, com percentuais de 16,6%, e 17,9%. Os transtornos por uso de álcool foram a terceira causa de atendimento em 2008, sendo indicados em 12,9% dos registros, e quarta causa nos anos seguintes, representando 11,2% dos registros em 2009, 9,0% em 2010, 7,8% em 2011 e 8,4%, em 2012 (Tabela 7).

Os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de múltiplas substâncias psicoativas mantiveram-se como primeira causa de atendimento em todas as regiões. A região Norte teve como segunda causa de atendimento os transtornos por uso de cocaína, com 19,6% dos registros de atendimentos, e como terceira causa o uso de álcool, com 18,4%. Na região Nordeste, transtornos por uso de álcool e de cocaína foram as segunda e terceira causa, com respectivos percentuais de 16,0% e 10,3%. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, os transtornos por canabinóides foram a segunda causa de atendimento com frequências de 17,5% no Sudeste, 16,7% na região Sul, e 21,4% na Centro-Oeste. Para as mesmas regiões, os transtornos por uso de cocaína ocuparam a terceira posição, com frequências estimadas em 17,4%, na Sudeste, 15,8%, na Sul, e 16,2% na Centro-Oeste (Tabela 8).

**Tabela 7.** Características nosológicas dos atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial brasileiros, segundo ano de registro do atendimento.

	Ano											
	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n (=21393)	%	n (= 23744)	%	n (=31098)	%	n (=37479)	%	n (=39119)	%	n (=152833)	%
<b>*Causa do atendimento</b>												
F10 (Álcool)	2770	12,9	2661	11,2	2788	9,0	2921	7,8	3273	8,4	14413	9,4
F11 (Opiáceos)	88	0,4	79	0,3	91	0,3	130	0,3	189	0,5	577	0,4
F12 (Canabinóides)	2950	13,8	3606	15,2	4473	14,4	5876	15,7	6732	17,2	23637	15,5
F13 (Sedativos e hipnóticos)	78	0,4	51	0,2	92	0,3	123	0,3	59	0,1	403	0,3
F14 (Cocaína)	2551	11,9	3299	13,9	5161	16,6	6729	17,9	6035	15,4	23775	15,6
F15 (Estimulantes)	152	0,7	49	0,2	71	0,2	151	0,4	181	0,5	604	0,4
F16 (Alucinógenos)	29	0,1	50	0,2	51	0,2	226	0,6	70	0,2	426	0,3
F17 (Tabaco)	302	1,4	186	0,8	273	0,9	313	0,8	322	0,8	1396	0,9
F18 (Solventes)	475	2,2	294	1,2	259	0,8	197	0,5	161	0,4	1386	0,9
F19 (Múltiplas substâncias)	11998	56,1	13469	56,7	17839	57,4	20813	55,5	22097	56,5	86216	56,3

**\*Causa do atendimento:** F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

**Tabela 8.** Características nosológicas dos atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo região, Brasil, 2008 a 2012.

	Região											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Total	
	n (=3770)	%	n (=29053)	%	n (=63433)	%	n (=45569)	%	n (=11008)	%	n (=152833)	%
<b>*Causa do atendimento</b>												
F10 (Álcool)	695	18,4	4637	16,0	4105	6,5	4241	9,3	735	6,7	14413	9,4
F11 (Opiáceos)	37	1,0	341	1,2	100	0,2	76	0,2	23	0,2	577	0,4
F12 (Canabinóides)	151	4,0	2442	8,4	11087	17,5	7605	16,7	2352	21,4	23637	15,5
F13 (Sedativos e hipnóticos)	7	0,2	120	0,4	136	0,2	134	0,3	6	0,0 <sup>a</sup>	403	0,3
F14 (Cocaína)	738	19,6	3005	10,3	11065	17,4	7182	15,8	1785	16,2	23775	15,6
F15 (Estimulantes)	1	0,0 <sup>b</sup>	43	0,1	154	0,2	112	0,2	294	2,7	604	0,4
F16 (Alucinógenos)	16	0,4	103	0,3	44	0,1	250	0,5	13	0,1	426	0,3
F17 (Tabaco)	60	1,6	467	1,6	287	0,4	422	0,9	160	1,4	1396	0,9
F18 (Solventes)	12	0,3	418	1,4	241	0,4	640	1,4	75	0,7	1386	0,9
F19 (Múltiplas substâncias)	2053	54,5	17477	60,2	36214	57,1	24907	54,7	5565	50,5	86216	56,4

**\*Causa do atendimento:** F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. <sup>a</sup> Percentual igual a 0,05. <sup>b</sup> Percentual igual a 0,03. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

## 5.6 Atendimentos a menores de 10 anos

Os atendimentos às faixas etárias correspondentes à infância (menores de 10 anos) representaram 1,8% dos registros analisados (Tabela 8). Ao verificar a distribuição de frequência conforme faixa etária, houve predomínio de atendimentos a menores de 1 ano, correspondendo a 49,4% dos registros de todo o período. O grupo com 9 anos ocupou a segunda posição (18,7%) , seguido por aquelas com 8 anos (9,2%), 7 anos (7,2%) e 6 anos (5,5%). As demais idades representaram conjuntamente 10,0% dos atendimentos, com frequências variando de 1,3% a 3,5% (Tabela 9).

No início do período, os menores de 1 ano foram apontados em 77,3% dos registros, reduzindo para 22,3%, em 2009, aumentando para 33,5% em 2010. O grupo de 9 anos contribuiu com um aumento dos atendimentos entre 2008 e 2009, passando de 10,5% para 45,6%, reduziu novamente para 17,6%, em 2010, estabilizando-se com o percentual de 22,2%, para 2011 e 2012. As idades de 2 a 4 anos apresentaram as menores frequências no decorrer de todo o período (Tabela 9).

A análise das características nosológicas dos atendimentos às crianças revelou os transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool como primeira causa de atendimento, sendo indicados em 44,2% dos registros. Os transtornos por uso de múltiplas substâncias constituíram a segunda causa, com 31,9% dos registros, seguidos pelos transtornos por uso de cocaína (4,9%) e por uso de canabinóides (4,3%). Os transtornos por uso de sedativos e hipnóticos e por uso de outros estimulantes, foram os menos frequentes, com percentuais de 1,2% (Tabela 10).

Os transtornos por uso de álcool foram responsáveis por 53,0% dos atendimentos a crianças menores de 1 ano e 52,9% àquelas na faixa etária de 1 a 4 anos, sendo a primeira causa de atendimento nestes grupos. Para as mesmas faixas, os transtornos por uso de múltiplas SPAs foram a segunda causa de atendimento, representando 30,7% e 16,7% dos registros, respectivamente. Entre 5 e 9 anos, o múltiplo uso de SPAs correspondeu a 35,6% dos atendimentos, enquanto 33,1%, foi atribuído ao uso de álcool,. Não foram encontrados registros de atendimentos que decorreram de transtornos por uso de alucinógenos nas faixas etárias até 4 anos, assim como registros de atendimentos por uso de outros estimulantes e solventes no grupo de 1 a 4 anos (Tabela 10).

**Tabela 9.** atendimentos a crianças com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, realizados em Centros de Atenção Psicossocial brasileiros, segundo idade e ano de registro do atendimento.

	<b>Ano</b>											
	2008		2009		2010		2011		2012		<b>Total</b>	
	n (=1207 )	%	n (=283)	%	n (=415)	%	n (=442)	%	n (=343)	%	n (=2690)	%
<b>Idade</b>												
Menor de 1 ano	933	77,3	63	22,3	139	33,5	116	26,2	78	22,7	1329	49,4
1 ano	2	0,2	7	2,5	18	4,3	3	0,7	23	6,7	53	2,0
2 anos	0	0,0	6	2,1	18	4,3	9	2,0	10	2,9	43	1,6
3 anos	12	1,0	3	1,1	11	2,7	6	1,4	4	1,2	36	1,3
4 anos	4	0,3	3	1,1	10	2,4	10	2,3	15	4,4	42	1,6
5 anos	6	0,5	14	4,9	19	4,6	45	10,2	11	3,2	95	3,5
6 anos	15	1,2	12	4,2	20	4,8	46	10,4	54	15,7	147	5,5
7 anos	25	2,1	23	8,1	43	10,4	49	11,1	54	15,7	194	7,2
8 anos	83	6,9	23	8,1	64	15,4	60	13,5	18	5,3	248	9,2
9 anos	127	10,5	129	45,6	73	17,6	98	22,2	76	22,2	503	18,7

**Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

**Tabela 10.** Características nosológicas dos atendimentos a crianças com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo faixa etária, Brasil, 2008 a 2012.

	Faixa etária							
	Menores de 1 ano		1 a 4 anos		5 a 9 anos		Total	
	n (=1329)	%	n (=174)	%	n (=1187)	%	n (=2690)	%
<b>*Causa do atendimento</b>								
F10 (Álcool)	704	53,0	92	52,9	393	33,1	1189	44,2
F11 (Opiáceos)	15	1,1	15	8,6	55	4,6	85	3,2
F12 (Canabinóides)	37	2,8	22	12,6	57	4,8	116	4,3
F13 (Sedativos e hipnóticos)	22	1,7	3	1,7	7	0,6	32	1,2
F14 (Cocaína)	77	5,8	11	6,3	45	3,8	133	4,9
F15 (Estimulantes)	2	0,1	0	0,0	30	2,5	32	1,2
F16 (Alucinógenos)	0	0,0	0	0,0	92	7,7	92	3,4
F17 (Tabaco)	55	4,1	2	1,2	28	2,4	85	3,2
F18 (Solventes)	9	0,7	0	0,0	58	4,9	67	2,5
F19 (Múltiplas substâncias)	408	30,7	29	16,7	422	35,6	859	31,9

**\*Causa do atendimento:** F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

## 5.7 Atendimentos ao grupo com 10 anos e mais

Os adolescentes contribuíram com 98,2% dos atendimentos (Tabela 5). Neste grupo, os transtornos pelo uso de múltiplas substâncias psicoativas foram a primeira causa de atendimento, com percentuais de 56,8%, seguidos por 15,8% para transtornos por uso de cocaína, 15,7% por uso de canabinóides e 8,8% por uso de álcool (). Os atendimentos que tiveram como causa as demais substâncias psicoativas corresponderam a 2,9% dos registros (Tabela 11).

Os transtornos por uso de múltiplas SPAs ocuparam a primeira posição tanto na faixa de 10 a 14 anos, com percentual de 49,6%, quanto naquela de 15 a 19 anos, com 58,1%. Os transtornos por uso de canabinóides foram a segunda causa de atendimento entre aqueles com 10 a 14 anos (21,7%), seguidos por uso de álcool (11,4%), e transtornos por uso de cocaína (10,2%). Para esta faixa etária os transtornos por uso de alucinógenos apresentaram a menor contribuição (0,4%). Entre aqueles de 15 a 19 anos, os transtornos por uso de cocaína foram a segunda causa de atendimento (16,7%), sucedidos pelos transtornos decorrentes do uso de canabinóides (14,6%) e por uso de álcool (8,3%) (Tabela 11).

Os transtornos por uso de múltiplas substâncias psicoativas corresponderam à maior parte dos atendimentos entre ambos os sexos, representando 56,2% entre as adolescentes do sexo feminino e 57,0% entre o masculino. Os transtornos por uso de cocaína foram a segunda causa de atendimento entre o sexo feminino (19,2%), seguidos por aqueles decorrentes do uso de álcool (10,4%), e por uso de canabinóides (10,2%). Transtornos por uso de alucinógenos tiveram contribuição mínima entre meninas (0,1%). No sexo masculino, os transtornos por uso de canabinóides (17,0%) foram a segunda causa de atendimento, sucedidos pelo uso de cocaína (15,0%) e álcool (8,4%), Transtornos por uso de alucinógenos e uso de sedativos e hipnóticos apresentaram os menores percentuais (0,2%) (Tabela 12).

**Tabela 11.** Características nosológicas dos atendimentos a adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo faixa etária, Brasil, 2008 a 2012.

	Faixa etária					
	10 a 14 anos		15 a 19 anos		Total	
	n (=23010)	%	n (=127133)	%	n (=150143)	%
<b>*Causa do atendimento</b>						
F10 (Álcool)	2634	11,4	10590	8,3	13224	8,8
F11 (Opiáceos)	151	0,7	341	0,3	492	0,3
F12 (Canabinóides)	5003	21,7	18518	14,6	23521	15,7
F13 (Sedativos e hipnóticos)	151	0,7	220	0,2	371	0,2
F14 (Cocaína)	2352	10,2	21290	16,7	23642	15,8
F15 (Estimulantes)	244	1,1	328	0,3	572	0,4
F16 (Alucinógenos)	93	0,4	241	0,2	334	0,2
F17 (Tabaco)	291	1,3	1020	0,8	1311	0,9
F18 (Solventes)	676	2,9	643	0,5	1319	0,9
F19 (Múltiplas substâncias)	11415	49,6	73942	58,1	85357	56,8

**\*Causa do atendimento:** F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

**Tabela 12.** Características nosológicas dos atendimentos a adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, segundo sexo, Brasil, 2008 a 2012.

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n (=28142)	%	n (=122001)	%	n (=150143)	%
<b>Causa do atendimento*</b>						
F10 (Álcool)	2941	10,4	10283	8,4	13224	8,8
F11 (Opiáceos)	102	0,4	390	0,3	492	0,3
F12 (Canabinóides)	2849	10,2	20672	17,0	23521	15,7
F13 (Sedativos e hipnóticos)	103	0,4	268	0,2	371	0,2
F14 (Cocaína)	5401	19,2	18241	15,0	23642	15,8
F15 (Estimulantes)	229	0,8	343	0,3	572	0,4
F16 (Alucinógenos)	36	0,1	298	0,2	334	0,2
F17 (Tabaco)	423	1,5	888	0,7	1311	0,9
F18 (Solventes)	242	0,8	1077	0,9	1319	0,9
F19 (Múltiplas substâncias)	15816	56,2	69541	57,0	85357	56,8

\***Causa do atendimento:** F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. **Fonte:** Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Distribuição dos atendimentos

Observou-se uma tendência de aumento nos registros de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas (SPAs) em Centros de Atenção Psicossocial, passando de 32,2 atendimentos por 100 mil habitantes com até 19 anos, em 2008, para 61,1 atendimentos/ 100 mil, em 2012. Foram observadas grandes variações das frequências entre as unidades federativas e regiões. Os estados de São Paulo e Paraná destacaram-se por apresentar as maiores frequências de atendimento, 31,3% e 14,2%, respectivamente, enquanto Amazonas e Distrito Federal aproximaram-se de 0,0%. As regiões Sudeste e Sul lideraram no volume de atendimentos, sendo responsáveis por 41,5% e 29,8% dos registros analisados.

Esta tendência crescente do atendimento à população infantojuvenil por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas esta consonante com dados nacionais sobre atendimentos a usuários de álcool e outras drogas no SUS, que demonstrou uma mudança de 256.940 atendimentos em 2008 para 281.720 em 2011 (BRASIL, 2015a). Este aumento estaria relacionado à ampliação do número de CAPS e maior acolhimento às demandas associadas ao uso de SPA. De acordo com o Ministério da Saúde, os programas direcionados ao enfrentamento deste uso teriam ampliado a oferta de cuidado, principalmente pela incorporação da tecnologia do cuidado por 24 horas, representada principalmente pelos CAPS AD III e CAPS III, e ampliação dos serviços para cuidado de crianças e adolescentes (BRASIL, 2015a; 2009b; 2010a).

A variação das frequências e taxas de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos pelo uso de SPAs entre as regiões, podem refletir desigualdade na distribuição dos CAPS no país. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015a), somente 62,2% dos municípios com população acima de 15 mil habitantes, portanto elegíveis para CAPS, possuem este serviço. Verificando-se esta distribuição segundo região, a Norte possui o percentual mais baixo, com CAPS em apenas 47,7% dos municípios elegíveis, e a Sul o mais elevado, em 70,0%.

Disparidades regionais nas taxas de internações, na mortalidade e casos de HIV/AIDS e Hepatite C associados ao consumo de substâncias psicoativas, foram assinaladas pelo Relatório Brasileiro sobre Drogas. Estados da região Norte possuíam menores taxas, para todos os indicadores, enquanto São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul ocuparam posição oposta. Supõe-se que diferenças entre as taxas poderiam ser explicadas por menor consumo de algumas substâncias, menor disponibilidade de leitos para internação e/ou menor precisão nas notificações (BRASIL, 2009a).

Contudo, ao considerar disponibilidade e acesso, verifica-se ser mundialmente baixa a proporção de pessoas com transtornos mentais atendidas pelos serviços de saúde. Um estudo da disponibilidade e utilização de serviços similares aos CAPS (*community-based residential care facilities e mental health outpatient facilities*) demonstrou grandes disparidades, relacionadas principalmente às diferenças de renda entre países e regiões. Desta forma, regiões com alta renda apresentaram taxas de atendimento 50 vezes maiores do que aquelas de baixa renda, e cerca de 20 vezes maior em relação aquelas de renda média-baixa (WHO, 2015).

Isso posto, supõe-se que as taxas de atendimento no Brasil foram afetadas pelas desigualdades estruturais, relacionadas às diferenças de renda entre as Unidades Federativas e regiões, organização e acesso à rede de serviços, bem como pela qualidade dos registros apresentados.

## 6.2 Características demográficas e nosológicas dos atendimentos

O sexo masculino foi encontrado em cerca de 80,0% dos registros nos diferentes anos e regiões analisadas, refletindo uma tendência global. De acordo com *World Drug Report 2015* (UNODC, 2015), uma a cada três pessoas que consomem SPAs pertencem ao sexo feminino, contudo apenas um a cada cinco das que estão em tratamento são mulheres, verificando-se que diversas barreiras estruturais e sociais dificultam o acesso de mulheres ao tratamento por uso de substâncias psicoativas (SPAs). O estigma relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas entre mulheres destaca-se entre as barreiras de acesso, dificultando o reconhecimento da existência de problemas relacionados ao uso e a consequente busca por tratamento (FALLER et al., 2014).

A maior frequência de atendimentos a indivíduos com idade a partir de 10 anos pode estar relacionada ao maior acesso e consumo de substâncias psicoativas com o aumento da idade. Apesar de não serem encontrados dados nacionais sobre o consumo de SPAs por crianças (população menor de 10 anos), estudos realizados com a população de adolescentes de diferentes regiões do mundo indicam que com o aumento da faixa etária há também um aumento nos percentuais de consumo de SPAs, corroborando com esta hipótese (SAMHSA, 2014; INPAD, 2014; CARLINI et al., 2010).

Vale ressaltar que a literatura existente sobre o consumo de substâncias psicoativas nos períodos da infância e adolescência tem se restringido à indicação das consequências nocivas à saúde, sem uma reflexão ampliada sobre este fenômeno. O Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2015b) enfatiza a importância de retardar o início do consumo de SPAs, indicando que quanto mais tarde este possa ocorrer, menores seriam as chances do desenvolvimento de um consumo problemático ou abusivo. Contudo não há menção de estratégias de cuidado para crianças e adolescentes que já apresentem prejuízos relacionados a este consumo.

A ausência de informações sobre Raça/Cor foi expressiva. Dentre os registros que possuíam informações sobre esta variável, a Raça/cor Branca foi a mais frequente, sendo identificada em cerca de 50% destes atendimentos, seguida pela Parda, com 36%, e Negra, 9%. Estes dados parecem estar relacionados à maior contribuição de registro de atendimentos de regiões que apresentam a população com estas características.

Após análise comparativa, identificamos concordância com as características étnico-raciais da população brasileira nos anos de 2008 a 2012. Neste período, a distribuição da população segundo Raça/cor variou de 46,3% a 48,5% para raça/cor Branca, entre 43% a 45% para Parda, de 6,8% a 8,2% para Preta, e entre 0,7% e 1,0% para Amarela e Indígena. As características dos atendimentos por região também parecem refletir esta distribuição. As regiões Sudeste e Sul possuem os percentuais mais elevados para população Branca, acima de 50% para Sudeste e acima de 75% para a região Sul. Norte e Nordeste apresentaram maioria da população Parda, cerca de 70% na região Norte e 60% na Nordeste. No Centro – Oeste, a raça/cor Branca correspondeu a, aproximadamente, 40% da população enquanto a Parda, 50% (IPEA, 2016).

Todas as regiões brasileiras exibiram baixas frequências de atendimento à população indígena. A região Norte foi a única que não apresentou atendimentos a esta população,

apesar de, contraditoriamente, apresentar a maior parcela de indígenas do Brasil, cerca de 35%. Diante destes resultados admite-se a hipótese de que exista uma dificuldade de definição das categorias Parda e Indígena, já que foi identificada uma predominância de atendimentos a pardos.

Entre os adolescentes, os transtornos por uso de múltiplas SPAs foram a principal causa de atendimento para ambos os sexos, constituindo mais da metade dos atendimentos. Entre o sexo feminino os atendimentos gerados pelos transtornos por uso de cocaína foram mais frequentes que entre o sexo masculino (19,2% versus 15,0%), enquanto os transtornos pelo uso de canabinóides foram mais presentes entre os homens (17,0% versus 10,2%). Quando comparados os dados nacionais sobre consumo de SPAs por sexo e as frequências dos atendimentos segundo transtorno apresentado, os resultados aqui encontrados mostram-se divergentes, já que os principais levantamentos nacionais indicam maior consumo de álcool para ambos os sexos, seguido pelo consumo de tabaco e canabinóides, representados pela maconha (INPAD, 2014; BRASIL, 2013a).

Foram identificados 2.690 registros de atendimentos a crianças (1,8%). Destes, 49,4% referiam-se ao grupo menor de 1 ano, 44,1% entre 5 e 9 anos, e 6,5% àqueles entre 1 e 4 anos. O número elevado de atendimentos a menores de 1 ano mostra-se incongruente com critérios utilizados para diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de SPAs.

Conforme o CID - 10, três ou mais manifestações devem estar presentes para caracterizar este diagnóstico, assim determinadas: necessidade de doses crescentes da substância para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (tolerância); forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância (perda de controle); síndrome de abstinência ou uso da mesma substância (ou de outra relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; negligência de atividades e tempo gasto, e persistência no uso apesar de prejuízo (OMS, 2008).

Cabe destacar que os critérios para diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPAs tem como referência a população adulta, havendo limitações para uso na população infantojuvenil. Bessa e colaboradores (2011) apontam que a inconsistências de estudos direcionados a esta população e as divergências entre os principais manuais utilizados para diagnóstico (CID e DSM) trazem confusão para a definição dos

quadros apresentados, não existindo clara distinção entre os diferentes níveis de comprometimentos da vida do indivíduo e/ou gravidade do consumo realizado.

A maior frequência de atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19) pode indicar uma maior frequência de uso combinado de SPAs por esta população, já que o diagnóstico dos transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias psicoativas deve ocorrer somente em casos onde as substâncias a serem consumidas são escolhidas de forma caótica e indiscriminada, ou quando não há clareza das contribuições de diferentes drogas (OMS, 2008).

Estes achados evidenciam uma importante lacuna nos estudos referente ao consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes brasileiros. Pois, apesar de ser recorrente a investigação do tipo de SPA consumido, existem poucas informações sobre o uso múltiplo/poliuso destas, havendo uma indicação de aumento do consumo combinado de álcool e outras SPAs (como energéticos, maconha e medicamentos) por estudantes brasileiros e crescimento do número de internações decorrentes do uso de múltiplas substâncias (OLIVERA et. al., 2013; CARLINI et al., 2010; BRASIL, 2009a).

Entre as diversas substâncias psicoativas, o álcool demonstra um importante papel quando considerado o poliuso. Segundo Marques e colaboradores (2012), o álcool é a substância mais frequente nas combinações realizadas por usuários de múltiplas SPAs, aumentando as chances de consumo das demais substâncias. Os autores assinalam ainda uma associação positiva da evolução para o poliuso entre adolescentes e o consumo de álcool em grande quantidade ou de forma frequente.

Ainda que o uso de álcool seja responsável por 93,5% dos óbitos por transtornos mentais devidos ao uso de SPA, os atendimentos por esta causa contribuíram com apenas 9,4% dos registros analisados (BRASIL, 2015a). Pressupondo que as frequências de consumo de determinada SPA teria uma associação positiva com as frequências de atendimentos decorrentes do uso desta substância, os resultados deste estudo divergiram parcialmente da literatura sobre o consumo de substâncias psicoativas pela população infantojuvenil. Mundialmente, as substâncias mais consumidas por esta população são álcool, tabaco e maconha, contudo os transtornos por uso de tabaco não figuraram entre as principais causas de atendimento e os decorrentes do uso de álcool ocuparam a quarta posição.

Karam (2015) indica que entre os efeitos da proibição do que denomina *arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas* está a total despreocupação com o eventual abuso das substâncias lícitas. Assim, os riscos e danos à saúde que podem ser trazidos por um consumo de quaisquer produtos são atribuídos principalmente às SPAs ilícitas, fundamentando-se num discurso com poucos esclarecimentos e informações, enquanto relacionados às substâncias ilícitas são desconsiderados. Observando as políticas públicas sobre drogas e saúde no Brasil, ressalta-se que no período aqui analisado houve um incremento nas políticas de combate ao uso de cocaína fumada (crack), podendo justificar o crescimento dos atendimentos à população que consome esta SPA.

### 6.3 Características da assistência

No presente estudo mais de 80% dos registros analisados provieram de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). Considerando que no ano de 2012 existiam 294 CAPS AD e 172 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), observa-se que aproximadamente 98% dos CAPS AD assistiram a crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, enquanto esta proporção foi próxima a 66% para CAPS i. Estes dados sugerem que a atenção a crianças e adolescentes que consomem SPAs tem sido orientada pela patologização deste consumo, devendo assim ser combatido a partir de intervenções que o impeçam, ou tratem isoladamente, sem considerar as especificidades destes períodos da vida e contexto em que este ocorre.

Schenker e Minayo (2005) apontam que o uso ocasional de alguma substância psicoativa por adolescentes pode ser compreendido como uma manifestação apropriada para este período do desenvolvimento, uma vez que é comum que adolescentes saudáveis busquem o desenvolvimento da autonomia, aceitação e respeito pelos pares, sentindo-se muitas vezes movidos a experimentar uma SPA. As autoras apontam ainda a necessidade de compreender as especificidades do período da vida, rede de relações e contexto sociocultural do adolescente.

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores frequências de atendimentos em CAPSi, refletindo a escassez deste tipo de CAPS nessas regiões. Dados referentes à distribuição destes serviços, segundo tipo e unidade federativa, revelaram que,

juntas, as regiões Centro-Oeste e Norte concentravam menos de 10% dos CAPSi existentes no ano de 2014, sendo que os estados de Acre, Roraima e Tocantins não possuíam este serviço.

Esses achados apontam para a fragilidade da oferta de cuidado a crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais e comportamentais. Segundo recomendações para atenção psicossocial de crianças e adolescentes no SUS, todas as modalidades de CAPS podem atender a esta população, a depender da organização da RAPS no território. Entretanto quando considerada a atenção de crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao uso de SPAs, os CAPS AD e CAPS i são apontados como os serviços adequados para o atendimento (BRASIL, 2014c).

Segundo as recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, o enfrentamento do consumo de SPAs por crianças e adolescentes deve considerar a complexidade e o sofrimento envolvidos neste, havendo frequente associação com laços afetivos e sociais fragilizados ou inexistentes. O Fórum propõe ainda que o debate em saúde mental infantojuvenil seja ampliado, sem se restringir ao tema álcool e outras drogas. Deste modo, para além do temor relacionado ao consumo de SPAs e discurso hegemonicamente repressor, este consumo deve ser reconhecido como demanda de cuidado ampliado e fundamentado nos princípios da intersetorialidade, integralidade e corresponsabilidade (BRASIL, 2014b).

Observando a modalidade do atendimento ofertado, quase 70% dos registros referiam-se a atendimentos em situações nas quais a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em crise e dificuldades intensas no convívio social e familiar (atendimento intensivo) ou ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia (atendimento semi-intensivo). Estes resultados evidenciam a necessidade de maior organização da rede de cuidado a crianças e adolescentes que apresentam transtornos decorrentes do uso de SPAs, com ampliação e melhor distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional.

#### 6.4 Limitações do estudo

A literatura especializada na temática da saúde mental infantojuvenil não aponta restrições no diagnóstico de transtornos decorrentes o consumo de SPAs a partir da idade do indivíduo, colocando que uma vez identificado algum prejuízo ou necessidade relacionada ao

consumo de SPAs, o diagnóstico e acompanhamento podem ser feitos. Entretanto, cabe um questionamento sobre a plausibilidade de menores de 1 ano e outras idades precoces exibirem as manifestações exigidas pelo DSM e CID 10 para receberem tal diagnóstico. Deste modo, pressupõe-se o preenchimento incorreto de alguns registros, podendo originar-se do registro inadequado da idade e/ou diagnóstico.

O preenchimento do campo referente à variável Raça/cor foi insatisfatório. A identificação das características étnicas e raciais da população possibilita a distinção das necessidades específicas e concretas dos usuários dos serviços, favorecendo a formulação de políticas públicas mais sensíveis e adequadas às especificidades. Permite também a superação de iniquidades em saúde, envolvendo grupos mais vulneráveis e subsidiando a efetivação de políticas e ações universais (SOARES FILHO, 2012).

Os percentuais referentes à categoria Parda podem decorrer da diversidade que este grupo engloba. Verificou-se que, de acordo com alguns sistemas de informação, inclui-se nessa categoria a pessoa que se declarou parda ou que se reconhece como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça. Reforçando a dificuldade de demarcação, constatou-se que ao longo da história do Brasil foram atribuídas diferentes definições à categoria Parda, em alguns momentos abrangendo indígenas, em outros incluindo todos aqueles que não fossem reconhecidos como brancos ou negros, ou, em momento mais atual, aproximando-se da categoria Preta (CAMARGO, 2010; IPEA, 2011).

Ressalta-se que o registro realizado em Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) não permitia um registro detalhado dos procedimentos realizados, centrando-se na quantidade de dias que o usuário frequentaria o CAPS. Atualmente os atendimentos são registrados em Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), que possibilita a identificação das estratégias utilizadas para a construção do projeto terapêutico tais como atendimento familiar, atenção a situações de crise e ações de reabilitação psicossocial.

Por se tratarem de dados secundários, não houve controle sobre a coleta dos dados durante os atendimentos, impossibilitando a realização de algumas análises e podendo afetar a qualidade destes. Os dados utilizados são referentes a atendimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, assim para um mesmo usuário pode ter sido realizado mais de um atendimento, fazendo com que suas características sejam contabilizadas mais de uma vez. Cabe destacar que os resultados deste estudo não permitem uma caracterização nacional do

consumo de substâncias psicoativas, pois são extraídos da parcela de indivíduos que procurou o tratamento.

## 7 RECOMENDAÇÕES

Os achados do presente estudo apontam a necessidade de mudanças quantitativas e qualitativas na assistência de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Mostra-se necessária tanto a ampliação do número de CAPSi e CAPS AD, como a adequação dos CAPS AD para atendimento a crianças e adolescentes, já que a maior parte dos registros provieram destes serviços, e maior abertura dos CAPSi para o acolhimento das demandas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas pela população infantojuvenil.

A assistência em saúde mental infantojuvenil no Brasil é incipiente, havendo poucos serviços que acolham as demandas deste subgrupo populacional que apresenta transtornos mentais e comportamentais. O panorama da atenção mostra-se ainda mais fragilizado quando consideradas as especificidades e complexidade do consumo de substâncias psicoativas por esta população. Ainda que tenham ocorrido modificações significativas no paradigma de atenção em saúde mental e ampliação compreensão das necessidades relacionadas ao consumo de SPAs, contradições e tensionamentos entre a legislação sobre drogas e as políticas de saúde direcionadas aos usuários dessas substâncias devem ser superadas.

Os serviços de atenção a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de SPAs mostram-se pouco adequados e de difícil acesso para a população de crianças e adolescentes, não considerando as especificidades destes períodos ou singularidades desses sujeitos. O acesso ao tratamento por aqueles que apresentam essas necessidades tem ocorrido a partir da entrada no sistema judiciário, indicando uma ineficiência do setor da saúde e surgimento de complexas situações de cunho social (UNODC, 2014b; RAUPP; COSTA, 2006). Indica-se que, a partir da organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a articulação entre os diferentes setores seja fortalecida, orientando-se pela garantia de uma atenção integral aos usuários de SPAs.

Recomenda-se a realização de novos estudos, tendo como unidade de análise os indivíduos, bem como a ampliação do debate acerca do consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, ampliando as intervenções para além de ações de prevenção do uso de drogas, haja vista a escassez de estudos que abordem este tema. Neste sentido, o presente estudo buscou estimular este debate, assim como representa uma contribuição para o

conhecimento e planejamento de ações direcionadas à população que apresenta necessidades relacionadas ao consumo de SPAs.

## REFERÊNCIAS

ACEZAT OLIVA, J. Finalidades de la publicación de resultados asistenciales de los centros sanitarios [Editorial]. **Atención primaria**, 47(6) : 327-328, 2015.

ANDRADE, T M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, Dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de Março de 2015.

ANDREAZZI, M.F.S.; ANDREAZZI, M. A. R.; SANCHO, L.; FREITAS, H.A. G. Oferta e utilização de serviços de hemodinâmica no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 357-365, out. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912014000500357&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912014000500357&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 de setembro de 2015.

BAINGANA, F. Global research challenges and opportunities for mental health and substance-use disorders. **Nature**, 527, S172–S177, 19 November 2015. Disponível em: <[http://www.nature.com/nature/journal/v527/n7578\\_supp\\_custom/full/nature16032.html](http://www.nature.com/nature/journal/v527/n7578_supp_custom/full/nature16032.html)>. Acesso em 17 de março de 2016.

BAUMAN, A; PHONGSAVAN, P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. **Drug and Alcohol Dependence**. 55 (1999) 187 – 207. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10428361>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2015.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007. p. 101-17.

BRACKEN, BK; RODOLICO, J, HILL, KP. Sex, age, and progression of drug use in adolescents admitted for substance use disorder treatment in the northeastern United States: comparison with a national survey. **Substance Abuse**. 2013; 34(3):263-72. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23844957>>. Acesso em 13 de março de 2015

BRASIL. Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Diário Oficial da União 1971; 1 nov.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1976; 22 out.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 85.110 de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Diário Oficial da União 1980; 3 set.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Resolve aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria a NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União, Brasília, v. 134, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996, Seção I.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1998; 22 jun.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.696 de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000; 22 dez.

\_\_\_\_\_. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil** : 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil, 2001. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Serie\\_Avaliacao\\_8.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Serie_Avaliacao_8.pdf)>. Acesso em: 03 de Maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002a. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002b. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2002.

\_\_\_\_\_. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002c.

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002d. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 626 de 01 de abril de 2002e. In.: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p 137 – 140.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 816 de 30 de abril de 2002f. In.: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p 141 – 150.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.947, de 10 de outubro de 2003a. In.: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p 203– 205.

\_\_\_\_\_. Decreto de 28 de maio de 2003b. In.: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p 21– 22.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In.: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17 – 20. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004d. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005c. Regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Diário Oficial da União 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343 de 23 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; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 24 ago.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 6.117 de 23 de maio de 2007a. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007b. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009b. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União 2009.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010a. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Diário Oficial da União 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012a. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012b. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 276, de 30 de março de 2012c. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Diário Oficial da União 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013a.

\_\_\_\_\_. **Crack é possível vencer: Enfrentar o crack. Compromisso de todos**. 2013b. Disponível em:

<[http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs\\_oficiais/1\\_D\\_2013\\_Crack%20possivel\\_vencer\\_estrategia\\_completa.pdf](http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf)>. Acesso em 16 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. **Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas em Escolas e Comunidades**. Ministério da Saúde – Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crimes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Apresentação de Programas de Prevenção ao Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas em Escolas e Comunidades para implementação de Estudo Controlado Randomizado no ano de 2014. 2014a. Disponível em <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/Programas%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o>>

C3%A3o%20ao%20uso%20de%20C3%A1lcool,%20tabaco%20e%20outras%20drogas%20em%20escolas%20e%20comunidades.compressed.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. 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, 2014b.

\_\_\_\_\_. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil**: recomendações: de 2005 a 2012. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015, Brasília, 2015a Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Avaliação da concordância de dados clínicos e demográficos entre Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade Oncológica e prontuários de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1835, Dez. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000600032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de setembro de 2015.

CAMARGO, A. P. R. Classificações raciais e formação do campo estatístico no Brasil (1872-1940). In: SENRA, N. de C.; CAMARGO, A. de P. R. (Org.). **Estatísticas nas Américas**: por uma agenda de estudos históricos comparados. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv44323.pdf>>. Acesso em 05 de março de 2016.

CARLINI, EA; NOTO, AR; SANCHEZ, ZM; CARLINI, CMA; LOCATELLI, DP; ABEID LR, et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino das 27 Capitais Brasileiras - 2010**. São Paulo: CEBRID; 2010.

CASTELLANOS-RYAN, N; O'LEARY-BARRETT, M; CONROD, PJ. Substance-use in Childhood and Adolescence: A Brief Overview of Developmental Processes and their Clinical Implications. **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 22:1, February 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23390432>> Acesso em 13 de março de 2015.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107

maiores cidades do país: 2001. E.A. Carlini [et al.]. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005.** Supervisão: E. A. Carlini et. al. São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Global School-based Student Health Survey (GSHS): overview.** Atlanta: CDC; 2009. Disponível em <<http://www.cdc.gov/gshs/pdf/GSHSOVerview.pdf>>. Acesso em 04 de junho de 2015.

COLLINS, PY; INSEL, TR; CHOCKALINGAM, A; DAAR, A; MADDOX, YT. Grand Challenges in Global Mental Health: Integration in Research, Policy, and Practice. **PLoS Med** 10(4): 2013. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640093/pdf/pmed.1001434.pdf>> Acesso em 20 de julho de 2015.

CURRIE C. et al.,eds. Social determinants of health and well - being among young people. Health Behaviour in School - aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/ 2010 survey. **Health Policy for Children and Adolescents**, No . 6. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

DEGENHARDT, L. et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence : findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**. Volume 382, No. 9904, p. 1564–1574, 2013. Disponível em <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61530-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61530-5.pdf) > . Acesso em 31 de maio de 2015.

FALLER, S. et al . Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 193-202, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892014000400193&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892014000400193&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 de março de 2016.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004.** São Paulo: CEBRID/Escola Paulista de Medicina; 2004.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, Mar. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

INCHLEY, J, et al. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. **Health Policy for Children and**

**Adolescents**, No. 7. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-FULL-REPORT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-FULL-REPORT.pdf?ua=1)>. Acesso em 17 de março de 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

\_\_\_\_\_. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores\\_populacao.html](http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_populacao.html)>. Acesso em 05 de março de 2016.

JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M., MIECH, R. A., BACHMAN, J. G., & SCHULENBERG, J. E. **Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2014: Overview, key findings on adolescent drug use**. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2015. Disponível em <<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf>>. Acesso em 04 de outubro de 2015.

KARAM, M. L. **Legalização das drogas**. 1ª edição. São Paulo: Estúdio Editores.com. 2015.

KIELING C, BAKER-HENNINGHAM H, BELFER M, CONTI G, ERTEM I, OMIGBODUN O, ROHDE LA, SRINATH S, ULKUER N, RAHMAN A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet**. 2011; 378(9801):1515-25. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008427>>. Acesso em 15 de maio de 2015

LOPES, GM. et al . Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. S51-S61, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462013000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de maio de 2015.

MACHADO, A R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 151f. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, A R; MIRANDA, P S C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Sept. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em 03 de Maio de 2015

MACRAE, E. **A desatenção da legislação de entorpecentes pelas complexidades da questão.** 1996. Disponível em: < [http://www.neip.info/downloads/t\\_edw1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf) >. Acesso em 27 de março de 2015

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L.; DUARTE, E. A.; SARDINHA, L. M.; BARRETO, S. M.; MORAIS NETO, O. L. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.1, p. 136-46, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a14v14s1.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2015.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R.; ANDRADA, N. C. **Abuso e dependência de múltiplas drogas.** Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes 2012. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes2013/drogas.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes2013/drogas.pdf)>. Acesso em 08 de março de 2016.

MERIKANGAS, K.R; NAKAMURA, E.F.; KESSLER, R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. **Dialogues in Clinical Neuroscience** - Vol 11 . No. 1: 7-20. 2009. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/>>. Acesso em 31 de maio de 2015.

MILLER, M.; BORGES, G.; OROZCO, R.; MUKAMAL, K.; RIMM, E.B.; BENJET, C.; MEDINA-MORA, M.E. Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. **Drug Alcohol Dependence**. 113(2-3):110-7. 2011. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20801585>>. Acesso em 31 de maio de 2015.

MOURA, L.; SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; ROSA, R.S.; MALTA, D.C.; STEVENS, A.; THOMÉ, F.S. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Apac – no Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2009; 18(2):121-131. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol18\\_n2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol18_n2.pdf)>. Acesso em 30 de setembro de 2015.

MOURA, L.; PRESTES; I.V.; DUNCAN; B. B.; SCHMIDT, M.I. Construção de base de dados nacional de pacientes em tratamento dialítico no Sistema Único de Saúde, 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** miol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 2, jun. 2014. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000200004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 30 de setembro de 2015.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, L. G., ET AL . Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 221-230, Sept. 2013.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462013000300221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000300221&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 de maio de 2015.

OLIVEIRA, M. R. F. Áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 2, jun. 2009. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000200001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

\_\_\_\_\_. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança**. OMS, Genebra, 2001.

\_\_\_\_\_. **The global burden of disease: 2004 update**. OMS, Genebra, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1)>. Acesso em 15 de maio de 2015

\_\_\_\_\_. **Atlas on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders**. Genebra: OMS; 2010. Acesso em 14 de maio de 2015. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)>

PAPALIA, D; OLDS, S. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PATEL V.; FLISHER A. J.; HETRICK S.; MCGORRY P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302 – 13. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008427>>. Acesso em 15 de maio de 2015

PAULA, C. S.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E; WISSOW, L; BORDIN, I; EVANS-LACKO, S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol 34, p. 334-341; 2012.

PINHO, P. H; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832008000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832008000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 de abril de 2015.

QUEIROZ, O.V.; GUERRA JUNIOR, A.A.; MACHADO, C.J.; ANDRADE, E.L.G.; MEIRA JUNIOR, W.; ACÚRCIO, F.A.; SANTOS FILHO, W.; CHERCHIGLIA, M.L. A construção da Base Nacional de Dados em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: relacionamento dos registros de óbitos pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac/SIA/SUS) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Brasil, 2000-2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2009; 18(2):107-120. Disponível em

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol18\\_n2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol18_n2.pdf)>. Acesso em 30 de setembro de 2015.

RAUPP, L.M.; COSTA, J. M. O eca e as práticas de atendimento à drogadição na adolescência.. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006, Proceedings online. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000092006000100027&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100027&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em 06 de março de 2016.

SMART, R.G; OGBORNE, A.C. Drug use and drinking among students in 36 countries. **Addictive Behaviors**, Vol. 25, No. 3, pp. 455–460, 2000. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10890301>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2015.

SOARES, C.; SILVA, G. A. Uso de registros de assistência farmacêutica do Sistema de Informações Ambulatorial para avaliação longitudinal de utilização e adesão a medicamentos. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 245-252, Set. 2013 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2013000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de setembro. 2015.

SOARES FILHO, A. M. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In.: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf)>. Acesso em 04 de março de 2016.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). **Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. Disponível em <<http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>>. Acesso em 01 de junho de 2015.

THATCHER, D.L.; CLARK, D.B. Adolescents at Risk for Substance Use Disorders: Role of Psychological Dysregulation, Endophenotypes, and Environmental Influences. Vol. 31, No. 2, 2008. **Alcohol Research & Health**. Disponível em <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/168-176.pdf>>. Acesso em 31 de maio de 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. **World Drug Report 2014**. United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7. Junho de 2014a. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2014/>> Acesso em 14 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **Background documentation interactive discussions High-Level Review 2014: Cross-cutting issues: Drugs and Human Rights, Youth, Women, Children and Communities**. 2014b. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/ungass2016//FactSheets/human\\_rights\\_women\\_children.pdf](http://www.unodc.org/documents/ungass2016//FactSheets/human_rights_women_children.pdf)>. Acesso em 06 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2015**. United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6. Maio de 2015. Disponível em: < <http://www.unodc.org/wdr2015/>> Acesso em 12 de outubro de 2015.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, Volume 382, Issue 9904, 1575 – 1586. 2013. Disponível em <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61611-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61611-6.pdf)>. Acesso em 31 de maio de 2015.

World Health Organization (WHO). **Young People's Health** - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Genebra: WHO, 1986. Disponível em < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf)>. Acesso em 01 de junho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Guide to drug abuse epidemiology**. 2000. Disponível em <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/epidemiology/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/index.html)>. Acesso em 31 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **Caring for children and adolescents with mental disorders**: Setting WHO directions. Genebra: World Health Organization. 2003. Disponível em <[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)>. Acesso em 31 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**. Genebra: World Health Organization, 2004. Disponível em < [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf?ua=1)>. Acesso em 01 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Atlas 2011**. Genebra: WHO, 2011a. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en)>. Acesso em 15 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. **International statistical classification of diseases and related health problems**. - 10th revision, edition 2010. Genebra: World Health Organization. 2011b. Disponível em < [http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf)>. Acesso em 30 de setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Atlas 2014**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em 28 de fevereiro de 2015.

VILLATORO, J. et al . El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. **Salud Mental**, México, v. 35, n. 6, dic. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000600001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600001&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 05 de outubro. 2015.