

Produzindo indicadores em saúde mental-AD no contexto de um CRAS: potencializando o exercício da intersectorialidade

Producing indicators in mental health-AD in the context of a CRAS: potentializing the exercise of intersectoriality

José de Deus Neto Vicente, Denila Coelho da Silva

RESUMO

Objetivo: Construir indicadores em saúde mental - álcool e outras drogas no contexto de um CRAS. **Método:** Uso de dados secundários obtidos a partir dos prontuários cadastrados numa unidade de CRAS equivalente a 79,82% das famílias acompanhadas. **Resultados e discussões:** Dos 1868 prontuários analisados 9,68% deles constatou-se a presença de indivíduos em uso abusivo e/ou dependência de drogas compondo o grupo familiar; prevalência de indivíduos do sexo masculino, 79,3% dos casos; o álcool a droga mais presente, 70,8% dos casos; 21,1% possuíam apenas o fundamental I; 63,31% dos casos eram indivíduos entre 18 e 59 anos. Constatou-se ainda a prevalência de encaminhamentos ao CAPSad, 55% dos casos; inserção da família em atividades desenvolvidas pelo CRAS, 72% dos casos. **Considerações Finais:** Observou-se que as demandas relativas ao uso abusivo e/ou dependência de drogas tem se feito presentes em outros espaços socioinstitucionais, tornando-os foco de intervenções de outras políticas setoriais.

Descritores de busca: Indicadores; Assistência Social; Saúde Mental; Ação Intersetorial.

ABSTRACT

Objective: To construct indicators on mental health - alcohol and other drugs in the context of a CRAS. **Method:** Use of secondary data obtained from medical records registered in a CRAS unit, equivalent to 79.82% of the families followed. **Results and discussions:** Of the 1868 medical records analyzed, 9.68% of them were found to be individuals with abusive use and / or drug addiction, making up the family group; Prevalence of males, 79.3% of cases; The alcohol the most present drug, 70.8% of the cases; 21.1% had only the fundamental I; 63.31% of the cases were individuals aged between 18 and 59 years. It was also verified the prevalence of referrals to the CAPSad, 55% of the cases; Insertion of the family into activities developed by CRAS, 72% of the cases. **Final Considerations:** It was observed that the demands related to drug abuse and / or dependence have been present in other socioinstitution spaces, making them the focus of interventions of other sectoral policies.

Search Keywords: Indicators; Social assistance; Mental health; Intersectorial Action.

Como citar este artigo:

Vicente JDN, Silva DC. Produzindo indicadores em saúde mental-AD no contexto de um CRAS: potencializando o exercício da intersectorialidade. Revista Saúde (Sta. Maria). 2018; 44(1):1-9.

Autor correspondente:

José de Deus Neto Vicente
E-mail: Jose-neto-@hotmail.com
Formação Profissional: Graduado em Psicologia-UNIVASF.Pós-graduado em Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos-UNOPAR.Mestre em Planejamento Territorial-UEFS.Pós-graduando em Gestão Pública-UNIVASF.
Filiação Institucional: UEFS-Universidade Estadual de Feira de Santana
Link para o currículo
Lattes:<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4389435E6>

Data de Submissão:

21/08/2017

Data de aceite:

20/03/2018

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



Introdução

O uso e o abuso de psicotrópicos não se trata de um fenômeno recente à história da humanidade^{1,2}. Contudo, frente da diversidade de formas de uso na história humana, os psicotrópicos nem sempre se caracterizaram como uma ameaça à sociedade, entendendo que em muitos momentos seu uso esteve relacionado a ritos, costumes e aos próprios valores coletivamente comungados, não sendo assim percebidos como ameaçadores a uma dada “ordem social”¹.

No ocidente, foi somente no final do século XIX e início do século XX, com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização e com a implantação de uma nova ordem médica, que o uso abusivo de vários tipos de drogas passou a ser mais incisivamente problematizado³. Nesse cenário marcado por alterações nos modos de produção e reprodução social o fenômeno da drogadição começa a despontar-se como uma expressão da questão social, demandando mudanças mais contundentes no trato a essa problemática por parte dos Estados. Mudanças essas que no Brasil e boa parte do mundo ocidental, desde o início do Séc. XIX pautaram-se numa lógica repressiva, proibicionista com forte apelo à guerra às drogas, com repercussões ainda na atualidade².

Realizando um salto aos dias atuais, constata-se que o fenômeno da drogadição tem cada vez mais demandado novas formas de intervenção por parte dos Estados. Diante dessa complexidade a setorialização das responsabilidades entre as políticas públicas têm se tornado incapaz de promover ações protetivas, preventivas, de tratamento e autoridade quando necessárias. Nesse contexto, é possível observar que o traçado assumido pelas políticas públicas nacionais sobre drogas apontam para uma necessidade urgente do desenvolvimento de estratégias integradas envolvendo diferentes setores.

Um importante indicativo sobre essa tendência no cenário das políticas públicas foi a instituição em 2006 do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas-SISNAD, instituído pela Lei nº 11.343 e regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, onde se apresenta dentre seus objetivos o de: Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios⁴. Desse modo, o SISNAD vem a se organizar no intuito de assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito.

Outro exemplo que também favoreceu e tem favorecido para a ampliação do debate sobre a questão da drogadição num enfoque intersetorial foi à realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial em abril de 2010. Tal conferência teve como tema: Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios⁵. A conferência permitiu a convocação não só dos setores envolvidos com as políticas públicas, como também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o amplo tema da saúde mental. Desse modo, a convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos⁵.

Mais recente outro importante marco indicativo sobre o fomento das ações intersetoriais foi o Programa Crack é Possível Vencer lançado em 2011. Esse programa objetiva articular e coordenar diversos setores para ações integradas de prevenção, tratamento e reinserção social e proteção integral de usuários abusadores e dependentes de crack, álcool ou outras drogas, bem como enfrentar o tráfico de drogas em parceria com estados, municípios e sociedade civil. O programa se estrutura em três eixos: prevenção, cuidados e autoridade, prevendo ações articuladas intersetorialmente e descentralizadas entre federação, Estado, Distrito Federal e Municípios, contando com o apoio da sociedade civil e diversas universidades, sempre com o monitoramento intensivo das ações⁴.

Nesse contexto, a Política de Assistência Social e consequentemente à criação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS em 2005 também assume um importante papel diante da questão das drogadição, especialmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção social dos usuários e familiares. Organizado a partir de níveis de complexidade o SUAS contribui para a conformação de uma extensa rede de proteção socioassistencial⁶.

Dentre os níveis de complexidade aprofundados pelo SUAS destaca-se aqui os o nível básico de atenção, que tem com principal porta de entrada à oferta dos programas e serviços e projetos o Centros de Referência de Assistência - CRAS. Formando equipes de referência os CRAS são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e pela atuação, nos territórios, de forma a prevenir a ocorrência de riscos e enfrentar vulnerabilidades⁷. Desse modo, no campo da assistência social são desenvolvidas estratégias direta ou indiretamente importantes para prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas, na medida em que tais ações se mostram capazes

de fortalecer dos vínculos familiares e comunitários de usuários familiares e a comunidade em geral garantindo assim uma amplitude variada de direitos.

Ainda ao se refletir sobre a questão da drogadição, é possível indagar-se sobre a importância da existência instrumentos necessários para o desenvolvimento de ações protetivas, preventivas, de tratamento e autoridade quando necessárias. Nesse sentido, vários autores têm sinalizado para a crescente demanda por informações estatísticas providas de indicadores sociais e epidemiológicos, que se caracterizam enquanto importantes medidas que resumem diversos aspectos da realidade, oferecendo informações preciosas para apoiar as tomadas de decisões na esfera pública^{8,9}. Assim, o acompanhamento e evolução do uso dos indicadores permite que diferentes atores possam identificar e avaliar as mudanças ocorridas na sociedade, a eficiência, eficácia e efetividade das políticas, além de identificar os locais e segmentos da população que necessitam de ação prioritária de programas e políticas governamentais⁹.

Desse modo, o presente estudo objetivou construir indicadores em Saúde Mental - álcool e outras drogas no contexto do CRAS. Como específicos constatou-se o de identificar o perfil sociodemográfico dos usuários e/ou familiares atendidos pelo CRAS em uso abusivo ou dependência de psicotrópicos; caracterizar fluxo das ações direcionadas aos usuários e familiares atendidos pelo CRAS no que tange a questão do uso abusivo de Substâncias Psicoativas – SPA's, bem como identificar o padrão de consumo de psicotrópicos de forma abusiva e/ou dependência da população atendida pelo CRAS.

Metodologia

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa, adotando o uso de dados secundários obtidos a partir dos prontuários cadastrados em uma unidade de CRAS, partindo-se do uso de fontes documentais e de um recorte analítico de cinco anos, entre os anos de 2010 e 2015. Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2015 e maio de 2016 englobando um total de 79,82% dos prontuários da instituição até o momento da pesquisa. Destaca-se que o CRAS investigado encontra-se em funcionamento desde o ano de 2007. Trata-se de uma unidade de CRAS de porte médio, unidade pública inserida na proteção social básica do SUAS que segundo a Norma Operacional Básica do SUAS de 2006 permite acompanhar um quantitativo de até 5000 famílias⁶

Para a análise dos dados, se utilizou técnicas básicas de estatística descritiva as quais por definição objetivam apresentar dados de uma determinada população, fenômeno ou de constituir relações entre variáveis, em que a utilização de procedimentos estatísticos no tratamento dos dados permite a construção de gráficos, tabelas, planilhas e quadros, com o intuito de organizar os dados para uma melhor visualização das informações obtidas durante a coleta¹⁰.

A pesquisa respeitou a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em estudos científicos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), sob o número do CAAE: 44477015.0.0000.0053, considerando assim os parâmetros da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Para as mulheres provenientes de Pelotas, foi calculada a prevalência por faixa etária a partir de estimativas populacionais do ano de 2014¹².

RESULTADOS:

Foram analisados um quantitativo de 1868 prontuários registrados entre os anos de 2010 a 2015 o que, equivale a um total de 79,82% dos prontuários da instituição até o momento de finalização da coleta (agosto de 2016). Cada prontuário é constituído pelo histórico social de acompanhamento da família organizado a partir de um instrumento de registro de informações familiares habitualmente preenchidos nos primeiros acolhimentos realizados e submetido a evoluções periódicas à medida que as famílias participam das ações desenvolvidas no CRAS.

Dos 1868 prontuários em 137 não se foi possível identificar a informações mínimas passíveis de serem analisadas por não possuírem registros referentes ao uso abusivo/dependência de drogas e/ou encontravam-se sobre tutela dos técnicos de nível superior em processos de acompanhamento das famílias no momento da coleta sendo desconsiderados na pesquisa, o que contabilizou uma frequência relativa (fr) de 7,3% dos prontuários.

Os dados acessados encontram-se divididos da seguinte forma: Em 1550 cadastros não houve registro/evolução do envolvimento de algum dos membros familiares com o uso de SPA's de maneira abusiva/dependência, equivalendo 82% dos casos/famílias investigadas. Em 181 cadastros constatou-se o envolvimento de algum membro da família com o uso de substâncias psicoativas de maneira abusiva/dependência, fr: 9,68% dos casos/famílias acompanhadas. A seguir apresenta-se a tabela 1 referente à distribuição do uso de drogas mais usadas e o sexo dos indivíduos identificados nas famílias que possuíam algum dos seus membros que fazem uso abusivo e/ou dependência de SPA's.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de mulheres vítimas de violência física. Pelotas, RS, 2014-2015.

Tabela 1 – SPA's x Sexo

SEXO		SPA'S MAIS USADAS PELOS INDIVÍDUOS (frequência de apresentação por vezes que a droga foi citada)					
	f	Álcool (f)	Outra(s) não especificada(s) (f)	Maconha (f)	Crack (f)	Cocaína (f)	Tabaco (f)
Não identificado	20	18	4	-	-	-	-
Feminino	21	14	5	1	1	-	2
Masculino	158	119	24	18	3	3	1
TOTAL	199	151	33	19	4	3	3

Ao considerar as informações referentes ao sexo dos indivíduos identificados nas famílias que fazem uso abusivo e/ou dependência de SPA's, se observou uma prevalência dos casos entre os homens, (fr: 79,3%) e 10,5% de mulheres. Esses dados corroboram com os resultados levantados por estudo¹¹ realizado em um CAPSad na cidade de Teresina, Piauí, com 227 pessoas, 89,9% eram homens e 11,1% mulheres. Também corrobora com estudo¹² transversal realizado em Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, a partir dos registros em 160 prontuários dos usuários de substâncias psicoativas em que 94,39% dos indivíduos eram do sexo masculino.

Essa questão pode ser interpretada considerando o fato de que as mulheres tendem a buscar menos os serviços para si por motivações diretamente relacionadas à questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas. Fato esse muito atravessado pela questão do estigma social em relação ao papel da mulher, além do sentimento de culpa, vergonha, medo e baixa autoestima, que as levam a evitar expor essa problemática e, conseqüentemente, buscar cuidado^{13,14}.

Quanto a SPA's mais utilizadas, verificou-se uma prevalência do uso abusivo do álcool (fr: 70,8%), seguido por outras drogas não especificadas (fr:15,4%) e da maconha (fr:8,9%). Em consonância aos dados estão os resultados levantados por estudo¹⁵ com 1122 usuários do CAPSad de Blumenau onde se destacou uma maior prevalência de problemas decorrentes do uso e abuso de álcool, (fr: 44,37%), fazendo contudo, uso exclusivo desta substância. Também corrobora com outro estudo¹⁶ onde se analisou 316 prontuários de pacientes do CAPSad de Campo Grande-MS sendo também, predominante o uso de álcool, tanto para o grupo que não aderiu ao tratamento (48,7%) quanto para o grupo que aderiu (65,3%).

Esses achados sinalizam para uma constatação também muito recorrente na literatura, o uso nocivo do álcool dentre as drogas de maior consumo pela população. Tal fato merece atenção especial por ainda ser bastante comum na prática cotidiana de muitos equipamentos de cuidado uma abordagem que exclui o álcool do debate e intervenções ao interpreta-lo como uma droga de menor poder ofensivo e socialmente aceitável.¹⁷

Na tabela abaixo encontram-se os dados referentes a idade e escolaridade dos indivíduos identificados que faziam uso abusivo e/ou dependência de SPA's.

Tabela 2 - Idade x Escolaridade

		FAIXA ETÁRIA						TOTAL (escolaridade)
		Criança - 0 a 11 anos incompletos	Adolescente - 12 a 17 incompletos	Adulto jovem - 18 a 34 incompletos	Adulto - 35 a 59 anos incompletos	Idosos - a partir dos 60 anos	Não identificado e/ou localizado	
E s c o l a r i d a d e	Não alfabetizado	-	-	3	7	2	-	12
	Fundamental I	1	4	16	16	3	2	42
	Fundamental II	1	8	7	5	2	-	23
	Médio incompleto	-	3	4	2	0	-	9
	Médio completo	-	-	6	5	1	-	12
	Não Identificado /ou registrado	-	4	27	28	8	34	101
Total (por faixa etária)		2	19	63	63	16	36	

Quanto ao nível de escolaridade, chama a atenção o grande número de informações não registradas dessa amostra se instiga a pensar sobre uma questão muito comum no cotidiano quase sempre atarefado dos serviços, que é a subnotificação e registro de determinadas informações cadastrais o que por sua vez tende a repercutir sobre o traçado das intervenções posteriores por parte das equipes.

Dentre as informações registradas, a maior frequência foi para os indivíduos no ensino fundamental I (42 casos; fr: 21,10%). Esse baixo nível de escolaridade encontrado entre os dependentes de SPA's vai ao encontro de muitos estudos 18,19 que relacionam o uso abusivo e/ou dependência de drogas ao pouco tempo de escolarização. Assim, em estudo 18 que observou o perfil sociodemográfico de adolescentes em tratamento num CAPSad de Cuiabá-MT, constatou-se que dos 125 usuários predominou indivíduos no fundamental incompleto (fr:85,7%). No estudo já citado¹⁹, que investigou todos os cinco CAPSad que atendiam adultos na cidade de Curitiba/PR, o grupo de início de tratamento apresentava baixa escolaridade, sendo que mais da metade tinha apenas o ensino fundamental incompleto (fr:51,1%).

Ao cruzar os dados referentes à idade e o nível de escolaridade dos indivíduos do presente estudo, identificou-se que dos indivíduos que possuíam o ensino fundamental incompleto 38% pertenciam ao grupo de adultos jovens, (entre 18 a 34 incompletos) e adultos, (entre 35 a 59 incompletos também fr de 38%. Em estudo²⁰ realizado com 475 adolescentes e adultos jovens atendidos no CAPSad de Feira de Santana, ao também se cruzar os dados referentes à faixa etária e o nível de escolaridade apontou-se que os adolescentes (12 a 19 anos) destacam-se por mais alta prevalência de baixa escolaridade (< 8 séries) fr: 85,3%. O baixo nível de escolaridade e a dificuldade de engajamento na escola têm sido apontados como potenciais fatores de vulnerabilidade entre adolescentes e adultos jovens, interferindo na inserção e permanência na escola e trabalho²¹.

Classificando os usuários de SPA's por faixa etária, ao se contrapor com outros estudos que abordaram essa questão, pesquisa já citada realizada num CAPSad em Teresina-P¹¹ verificou que a faixa etária de prevalência correspondia a uma faixa similar a do presente estudo, compreendida entre 19 e 59 anos (fr: 87,6%). Já em estudo¹⁹ desenvolvido em cinco CAPSad que atendiam adultos na cidade de Curitiba/PR, identificou-se que o grupo de início de tratamento nesses CAPSad era composto por indivíduos na faixa etária de 31 a 40 anos (fr:32,6%).

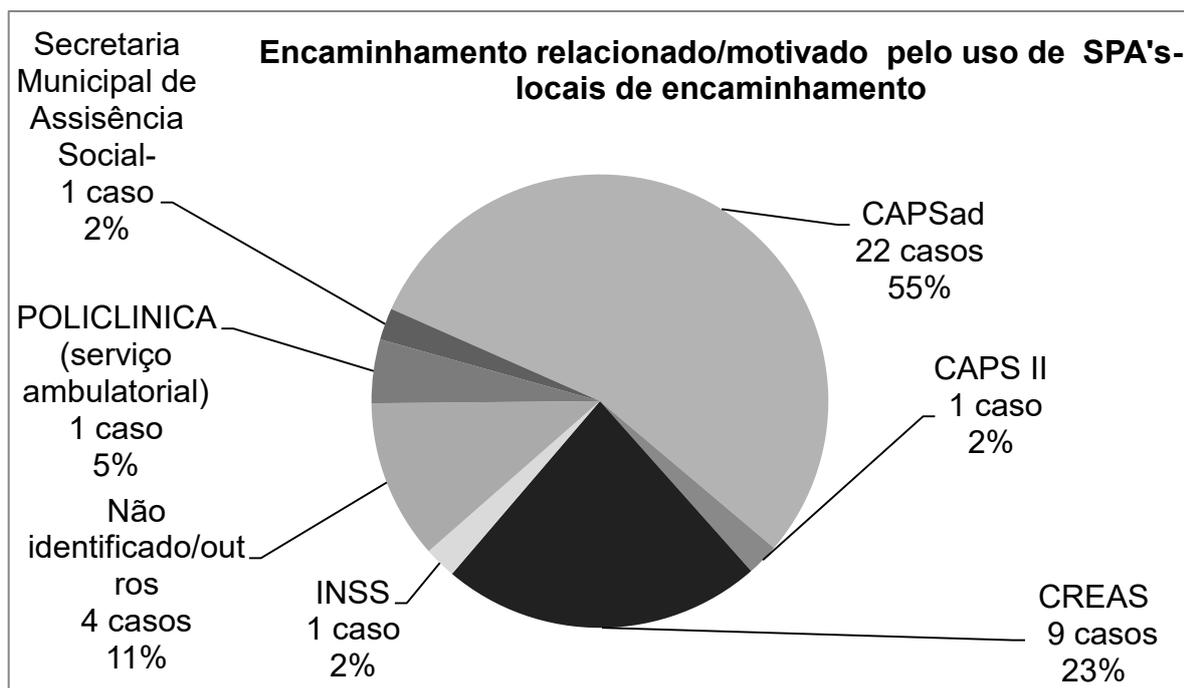
Dos 181 cadastros onde se notificou envolvimento de um ou mais de um membro familiar com o uso abusivo e

ou dependência de SPA's, em 43 casos houveram encaminhamentos (fr:23,88%). Em 135 dos casos os usuários não foram foco da intervenção e/ou os usuários não se dispuseram a aderir à proposta de encaminhamento a um determina instituição (fr:74,58%). Em 3 casos, (fr: 1,65%), não se identificou e/ou registrou encaminhamentos.

Classificando os usuários de SPA's por faixa etária, observou-se uma maior prevalência de casos entre os adultos jovens (18 a 34 anos incompletos) e adultos (35 a 59 anos incompletos), contabilizando uma frequência de 63 indivíduos em ambos os fatores, o que por sua vez equivale a um percentual de 63,31% da amostra populacional investigada quando somadas.

Quanto ao encaminhamento relacionado/motivado pelo uso de SPA's, constatou uma prevalência de encaminhamentos direcionados das demandas para o CAPSad (fr: 55%). Como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 1: locais de encaminhamento



O CAPS num sentido geral se caracteriza enquanto unidades de saúde de base territorial, local de referência e tratamento para os indivíduos que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um serviço que ofereça a esses indivíduos a possibilidade de tratamento, acompanhamento multidisciplinar, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a reinserção e/ou inserção na comunidade²². Os CAPS precisam está de fato articulados com toda uma rede de garantia de direitos do município a fim de que se possa realmente oferecer ao indivíduo as possibilidades de cuidado.

No Brasil, os cuidados em Saúde Mental no âmbito da Política de Saúde atualmente estruturam-se a partir da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, instituída oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2011 a partir da Portaria nº 3.088, sendo constituída por 07 componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Desta forma, a RAPS visa promover a vinculação das pessoas em sofrimento mental decorrentes de transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias psicoativas e suas famílias aos pontos de atenção à saúde segundo suas necessidades, demandas e individualidades²³.

Contudo, para uma radicalização de um cuidado integral a indivíduos em sofrimento psíquico decorrentes ao uso abusivo de substâncias psicoativas torna-se necessário transcender as fronteiras da setorialidade da saúde tendo como

fim à ampliação da garantia de a referida população, o que, torna essa temática transversal a várias outras políticas²⁴. Tal fato apesar de timidamente pode ser constatado no presente estudo à medida que o exposto sinalizou para uma articulação entre vários equipamentos públicos de deferentes níveis de complexidade tanto do SUAS quanto do SUS e até de outras políticas setoriais como o caso da Previdência Social apesar de que em menor frequência.

Quando investigado se as famílias haviam sido inseridas em alguma atividade desenvolvida pelo próprio CRAS exceto os encaminhamentos que foram analisados a parte constatou-se que 131 famílias, (fr: 72%), passaram a participar de atividades desenvolvidas pelo CRAS como os Grupos do SCFV- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos das faixas etárias de 06 a 15 anos ou a partir das 60 anos; orientações e acompanhamento de indivíduos para acesso ao BPC; Acompanhamento de Famílias em descumprimento de condicionalidades do PBF; os grupos PAIF voltados à geração de renda entre outros.

Essas atividades são aqui descritas por se tratarem das principais ações desenvolvidas por essa unidade de CRAS, todavia é preciso considerar que, as potencialidades de trabalho num CRAS não se encerram nessas conforme é apresentado na Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais²⁵. Por fim, em 5 casos (fr: 2,76%) não foram identificados ou registrados de atividades desenvolvidas e 45 famílias (fr: 24,86%) não foram inseridas em programas projetos ou ações no CRAS.

Um ponto importante a ser discutido sobre os achados referentes à inserção das famílias nas atividades do CRAS refere-se ao debate sobre o lócus privilegiado que a família ocupa para a Política Nacional de Assistência Social. A PNAS/2004 prevê a matricialidade sociofamiliar, que parte da concepção de que a família é o núcleo protetivo intergeracional, presente no cotidiano e que opera tanto o circuito de relações afetivas como de acessos materiais e sociais. Fundamenta-se no direito à proteção social das famílias, mas respeitando seu direito à vida privada²⁶.

A centralidade na família recoloca a responsabilidade do Estado de apoiar as famílias, no seu papel de proteger os seus membros e indivíduos, eixo estruturante para a concepção e a implementação dos serviços, programas, projetos, benefícios e transferências de renda. Nessa perspectiva ainda segundo Brasil²⁶, a Assistência Social busca superar um conceito de família como unidade econômica, e passando a compreendê-la como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero.

Conclusão

O presente estudo objetivou construir indicadores em Saúde Mental - álcool e outras drogas no contexto do CRAS. Foi possível observar que as demandas relativas ao uso abusivo e/ou dependência de drogas se fazem presentes também em outros espaços socioinstitucionais das políticas públicas, transcendendo com isso as fronteiras da setorialidade da política de saúde, o que as torna foco de intervenções de outras políticas setoriais como no caso estudado, o da Política de Assistência Social em seu nível de proteção social básica.

Isso sinaliza avanços importantes na busca pela garantia de direitos integrais ao cuidado dessa população, bem como um potente indicativo da existência e desenvolvimento de ações intersetoriais como se prevê as legislações mais recentes sobre a questão citadas no presente estudo. Entretanto, é válido destacar a carência de estudos que se traduzam em indicadores potentes para a caracterização desses fluxos e diálogos entre as múltiplas redes de proteção e garantia de direitos, o que favorece ao desenvolvimento de ações setorializadas, sem o devido diálogo que o enfrentamento dessa complexa questão demanda.

Referências

Referências:

1. Escohotado A. Las Drogas - Del Los orígenes a la prohibición. Madri: Alianza; 1994.
2. Machado L V, Boarini M L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicologia,

- Ciência e Profissão [Internet].2013. [citado 07 outubro 2016] 33(3): 580-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006 .
3. Buchele F, Cruz D D O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de intervenção. Cap. VI. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas-SENAD (BR). Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília(DF):2010.
 4. Duarte P C AV, Dalbosco C. A política e a legislação brasileira sobre drogas, cap. 6, Módulo I. In Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (BR). O uso de substâncias Psicoativas no Brasil. 7. ed. Brasília(DF): 2014.
 5. Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, 27 de junho a 1º de julho de 2010. [internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010.[citado 15 outubro 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf .
 6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. [internet]. Brasília (DF): 2005.[citado 02 dezembro 2016]. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf> .
 7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome(BR). Departamento de Proteção Social Básica. Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack e outras drogas. Parte 2 In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Sistema Único de Assistência Social SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. [internet]. Brasília, (DF): 2016. [citado 01 setembro 2016].Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/acervo/protecao-social-especial-media-complexidade/creas-paefi/texto-mds-drogas-final.pdf/view> .
 8. Jannuzzi PM. Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alínea: 2001.
 9. Cobo B, Sabóia AL. Uma Contribuição para a Discussão sobre a Construção de Indicadores para Implementação e Acompanhamento de Políticas Públicas. Caxambu: 2006.
 10. Leite FT. Metodologia científica. Métodos e técnicas de pesquisa (monografias, Dissertações, Teses e Livros). 3. ed. São Paulo: Ideias e letras: 2008.
 11. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc. Anna Nery. [Internet].2011.[citado 18 agosto 2016] 15(1): 90-95.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf> .
 12. Cantareli NDC, Marchesan EKR, Amaral MC, Lemos JC. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. Rev. Saúde, Santa Maria. [Internet].2014.[citado 10 outubro 2016] 40(1): 85-90, 2014.Disponível em:https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/12777/pdf_1 .
 13. Rossetti ACK, Santos VEP. Dependente químico: adesão ao tratamento. Rev Téc-Cient Enferm. [Internet]. 2006.[citado 25 novembro 2016] 4(14):34-41. Disponível em: <http://www.scielo.br>
 14. Assis DFF, Castro NT. Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. Textos & Contextos. [Internet]. 2010.[citado 01 novembro 2016] 9(2):358-370. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/>

15. Faria JG, Schneider DRO perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*. [Internet]. 2009. [citado 16 agosto 2016] 21(3): 324-333. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf> .
16. Peixoto C, Prado CHO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatria*. [Internet]. 2010. [citado 13 outubro 2016] 59(4):317-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf> .
17. Bucher R, Oliveira SRM. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. *Revista Saúde Pública*. [Internet]. 1994. [citado 14 dezembro 2016] 28(2): 137-145.
18. Araújo NB, Marcon SR, Silva NG, Oliveira JRT. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. *J Bras Psiquiatria*. [Internet]. 2012. [citado 28 setembro 2016] 61(4): 227-234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n2/08.pdf> .
19. Ribeiro DR, Carvalho DS. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *J. Bras Psiquiatria*. [Internet]. 2015. [citado 28 setembro 2016] 64(3):221-229. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n3/0047-2085-jbpsiq-64-3-0221.pdf> .
20. Silva CC, Costa MCO, Carvalho RC, Amaral MTR, Cruz NLA, Silva MR Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014. [citado 25 setembro 2016] 19(3):737-745. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00737.pdf> .
21. Schenker M. Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Rev Cien Saude Colet*. [Internet]. 2005. [citado 23 outubro 2016] 10(3) :707-717. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf> .
22. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [citado 06 outubro 2016] Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf .
23. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088. Diário Oficial da União. [internet]. Brasília (DF): 2011. [citado 18 outubro 2016] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html .
24. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. [citado 07 julho 2016] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf .
25. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. [internet]. Brasília (DF): 2013. [citado 021 agosto 2016]. Disponível em: http://www.fecam.org.br/arquivosbd/basico/0.681344001273163950_paefi___conceito.pdf .
26. Conselho Nacional de Assistência Social (BR). Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Resolução Nº 145, de 15 de Outubro de 2005. [internet]. Brasília (DF): 2005. [citado 07 dezembro 2016]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf .