

Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012*

doi: 10.5123/S1679-49742018000200002

Attendance of children and adolescents with psychoactive substance use disorders performed by Psychosocial Care Centers in Brazil, 2008-2012

Atendimientos de niños y adolescentes con trastornos relacionados con uso de sustancias psicoactivas en los Centros de Atención Psicosocial en Brasil, 2008-2012

Déborah Santos Conceição¹ –  orcid.org/0000-0002-7905-1964

Sérgio Baxter Andreoli²

Monique Azevedo Esperidião¹

Darci Neves dos Santos¹

¹Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, BA, Brasil

²Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas (SPA) realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, no período 2008-2012.

Métodos: estudo descritivo, com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e do sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Resultados:** foram observados 151.330 atendimentos, 81,2% do sexo masculino e 99,2% na faixa etária de 10 a 19 anos; as principais causas de atendimento foram transtornos por uso de múltiplas SPA (56,7%), cocaína (15,6%), maconha (15,6%) e álcool (9,0%); os CAPS Álcool e outras Drogas foram responsáveis por 81,8% dos atendimentos; de 2008 a 2012, a taxa de atendimentos elevou-se de 39,6 para 76,7/100 mil habitantes. **Conclusão:** elevaram-se as taxas de atendimento, observando-se predominância do sexo masculino, idade de 10 a 19 anos e transtornos por uso de múltiplas SPA.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Serviços de Saúde Mental.

*Manuscrito originado da dissertação de Mestrado de Déborah Santos Conceição, intitulada 'Perfil nacional de utilização dos Centros de Atenção Psicossocial por crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, Brasil, 2008 a 2012', defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2016.

Endereço para correspondência:

Déborah Santos Conceição – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário, Canela, Salvador, BA, Brasil. CEP: 40110-040

E-mail: deborah.santos@yahoo.com.br



Introdução

Os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, juntamente com outros transtornos mentais, representaram 13,0% da carga global de doença em 2013.¹ Mundialmente, no ano de 2010, 7,4% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years* – DALY) e 22,9% daqueles vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability* – YLD) decorreram do consumo dessas substâncias, estando o abuso e dependência entre as 20 principais causas de incapacidade severa e moderada, superando condições relacionadas a desnutrição, verminoses, asma e amputações.^{2,3}

Cerca de 5% da população mundial com idades de 15 a 64 anos referiram uso de alguma substância psicoativa no ano de 2015, estimando-se que 0,6% apresentava problemas relacionados a esse uso, independentemente de idade, sexo, escolaridade e renda, sendo que apenas uma a cada seis pessoas teria acesso a algum serviço especializado para tratamento desse tipo de dependência.⁴

No período de 1990 a 2013, o tabagismo e o uso de álcool figuravam entre os maiores riscos para a saúde de adolescentes, sendo o uso de substância psicoativa responsável por mais de 3,1% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade na população de 10 a 24 anos de idade.

Na última década, estudos de abrangência global, a exemplo do Global School-Based Student Health Survey (GSHS) e do Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), destacam a precocidade e o uso intenso de algumas substâncias.^{5,6} No período de 1990 a 2013, o tabagismo e o uso de álcool figuravam entre os maiores riscos para a saúde de adolescentes, sendo o uso de substância psicoativa responsável por mais de 3,1% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade na população de 10 a 24 anos de idade.⁷

Segundo a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), realizada com escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas brasileiras, a experimentação de álcool e tabaco ocorreu com

maior frequência aos 13 anos de idade, com prevalência de uso na vida superior a 15% para tabaco e acima de 50% para uso de álcool; o primeiro uso de substâncias ilícitas é observado entre 14 e 15 anos, com prevalência de 9%.⁹

O modelo de atenção para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de substância psicoativa fundamenta-se na integralidade do cuidado, atuação territorial e redução de riscos e danos.^{10,11} Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços especializados estratégicos para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relativas ao consumo de substância psicoativa. Entre os CAPS, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), especializados no atendimento das pessoas com necessidades decorrentes do uso dessas substâncias.¹²

A literatura sobre o consumo de substância psicoativa na infância e adolescência centra-se na análise das consequências nocivas à saúde, sendo escassa a produção de estudos que permitam uma compreensão ampliada do fenômeno e abordem a assistência em saúde. Mostram-se necessárias abordagens sistêmicas e complexas, centradas no reconhecimento das especificidades desses períodos da vida e nas possibilidades de acolhimento, vinculação e escuta, à altura da relevância do tema nos cenários nacional e internacional.^{6,12,13}

Considerando-se a (i) incipiência das pesquisas sobre a assistência em saúde voltadas a crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e a (ii) importância da caracterização o perfil dos atendimentos, o estudo em tela objetiva descrever o perfil dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial do Brasil, no período de 2008 a 2012.

Métodos

Estudo descritivo, com dados secundários do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e do sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datapus).

A Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) é o documento que identifica cada usuário e assegura prévia autorização e registro adequado dos

serviços que lhe foram prestados, conforme os procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS. Faz-se na APAC o registro individualizado dos atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados nos estabelecimentos de saúde, permitindo o processamento descentralizado dessa produção de dados.

Os dados referentes aos atendimentos realizados nos CAPS passaram a ser incluídos na tabela do SIA/SUS em 2002; contudo, o detalhamento das informações dos atendimentos era deficiente e restrito à indicação da faixa etária e causa do atendimento. Somente no ano de 2008 houve a inclusão de outras informações demográficas, permitindo a melhor caracterização dos atendimentos. A partir de 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. O presente estudo incluiu dados de todo o período no qual havia detalhamento das características demográficas e diagnósticas dos atendimentos e procedimentos realizados em CAPS com registro em APAC.

O CNES disponibiliza informações sobre estabelecimentos, profissionais de saúde, fontes mantenedoras e cadastro de equipes dos estabelecimentos de saúde. O CNES inclui todos os estabelecimentos hospitalares vinculados ou não ao SUS, todos os estabelecimentos ambulatoriais prestadores de serviços ao SUS e os estabelecimentos privados que realizam procedimentos. Por tudo isso, o CNES é considerado um instrumento de planejamento, controle e avaliação do SUS.

Para descrição das características e da distribuição espacial dos CAPS, foram utilizados dados do CNES (seção 'Relatórios', opção 'Habilitações'). Os CAPS foram identificados e classificados de acordo com os seguintes subtipos:

- CAPS I – atende pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; funciona das 8h às 18h, durante os dias úteis da semana;
- CAPS II – atende o mesmo público e apresenta funcionamento similar ao do CAPS I, passível de extensão até as 21:00 horas, em municípios com população acima de 70 mil hab.;
- CAPS III – para municípios com população acima de 200 mil habitantes, com atenção contínua e diária durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana;

- CAPSi – com funcionamento similar ao do CAPS II, atende crianças e adolescentes com transtornos mentais e também com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em municípios com uma população de cerca de 150 mil habitantes;
- CAPS AD – com funcionamento similar ao do CAPS II, atende pessoas de todas as idades com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70 mil hab.;
- CAPS AD III – atende o mesmo público do CAPS AD, com funcionamento nas 24 horas do dia, devendo existir na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.

Os dados do CNES foram organizados em planilhas pautadas no *software* Microsoft Office Excel 2007, selecionando-se os estabelecimentos por subtipo e excluindo-se aqueles habilitados após 2012.

Para a caracterização demográfica e diagnóstica dos atendimentos, utilizaram-se os dados das APAC. Foi feito *download* dos arquivos dissemináveis para tabulação do SIA/SUS, de tipo Produção Ambulatorial, organizados e disponibilizados para acesso por ano, Unidade da Federação (UF) e mês.

Dados das APAC foram extraídos e descompactados, utilizando-se o programa Tabwin versão 10. Os dados também foram organizados pelo aplicativo Excel 2007, unificados mensalmente por ano e UF, observando-se o município e comparando-se os códigos dos estabelecimentos habilitados no CNES com os códigos dos estabelecimentos registrados nas APAC.

Um grupo de variáveis referiu-se ao estabelecimento de saúde: localização (município e UF); ano de habilitação (2008 a 2012); e tipo de CAPS (CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPSi; CAPS AD/CAPS AD III). Outro grupo de variáveis foi adotado para os atendimentos realizados: ano no qual ocorreu o atendimento (2008 a 2012); faixa etária (em anos: menor de 1 ano; 1 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19); sexo (masculino; feminino); raça/cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena; sem informação); e causa do atendimento (conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão – CID-10: F10 a F19).

Ao se verificar a confiabilidade dos dados, foram observadas inconsistências nos diagnósticos atribuídos aos menores de 5 anos – indicações de quadros clínicos como complicações físicas e psíquicas, síndrome de dependência, síndromes de abstinência, síndrome

amnésica, transtornos psicóticos e outros transtornos não condizentes com essa faixa etária –, o que levou à exclusão dessas observações.

Taxas de atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas foram calculadas por UF e grande região nacional, adotando-se como numerador o número de atendimentos de pessoas na idade até 19 anos e como denominador a população residente da mesma faixa etária, vezes 100 mil.

A análise da evolução temporal dos atendimentos foi realizada utilizando-se a variação percentual ($\Delta\%$) das taxas no início (T_i) e final do período (T_f), calculada pela seguinte fórmula:

$$\Delta\% = \left(\frac{T_f - T_i}{T_i} \right) \times 100$$

Os *softwares* Stata versão 12 e Microsoft Office Excel 2007 foram utilizados nesses procedimentos.

Conforme os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016, o estudo não utilizou informações que permitissem a identificação e/ou ocasionassem danos aos indivíduos cujos dados foram analisados, não requerendo, portanto, autorização de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados

Foram observados os 5.565 municípios existentes até 2012, embora apenas 1.406 possuíssem CAPS; foram encontrados 1.898.821 registros cujos ‘Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substâncias psicoativas’ representassem causa do atendimento. A exclusão de atendimentos não realizados em CAPS resultou em 1.860.509 registros. Após verificação da idade e exclusão daqueles indivíduos acima de 19 anos, permaneceram 152.833 registros de atendimento.

Finalmente, com a exclusão das observações inconsistentes, o estudo considerou 151.330 atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Tabela 1).

O sexo masculino predominou entre os atendimentos: 81,2% dos registros. A faixa etária de 15 a 19 anos foi responsável por 84,0% dos atendimentos, seguida pela faixa de 10 a 14 anos, com 15,2%. Menores de 10 anos contribuíram com 0,8%. A ausência de informações

sobre a variável raça/cor da pele correspondeu a 45,4%. A raça/cor da pele branca foi indicada em 29,1% dos registros, seguida pela parda, com 19,6%, e preta, com 4,8%. A raça/cor da pele amarela contribuiu com apenas 1,0% e a indígena, com menos de 0,1% (Tabela 1).

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas substâncias psicoativas foram responsáveis por 56,7% dos registros, sendo a primeira causa de atendimento. Transtornos devidos ao uso de cocaína e transtornos por uso de canabinoides foram a segunda causa de atendimento, com 15,6%. Transtornos por uso de álcool apresentaram percentual de 9,0% enquanto os transtornos relacionados ao uso das demais SPA contribuíram com 3,1% (Tabela 1).

A cada ano do período estudado, os transtornos por uso de múltiplas substâncias psicoativas mantiveram-se como primeira causa de atendimento. Aqueles decorrentes do uso de canabinoides foram a segunda causa de atendimento nos anos de 2008, 2009 e 2012, com frequências de 14,3%, 15,2% e 17,2%, respectivamente. Nos anos de 2010 e 2011, os transtornos pelo uso de cocaína vieram a ocupar a segunda posição, com percentuais de 16,6% e 18,0% respectivamente. Os transtornos por uso de álcool foram a quarta causa de atendimento em todo o período, sendo indicados em 11,0% dos registros em 2008, 11,1% em 2009, 8,7% em 2010, 7,6% em 2011 e 8,2% em 2012 (Tabela 1).

A análise segundo o tipo de CAPS indicou que 81,8% dos atendimentos foram realizados por CAPS AD e 10,4% por CAPSi. Os CAPS III apresentaram as menores contribuições, menos de 0,5%. Os CAPS AD mantiveram as maiores frequências em todas as regiões. Nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, os CAPSi ocuparam a segunda posição, contribuindo, respectivamente, com 9,4%, 10,1% e 14,3% dos atendimentos. O Norte e o Centro-Oeste diferenciaram-se pela contribuição dos CAPS I: nessas regiões, o número de atendimentos realizados pelos CAPS I superaram o de atendimentos por CAPSi, ocupando a segunda posição no *ranking* de atendimentos por tipo de CAPS (Tabela 2).

A taxa de atendimento nacional elevou-se de 39,6 atendimentos por 100 mil hab. em 2008 para 76,7 atendimentos por 100 mil em 2012, com variação positiva de 93,7%. As regiões Sul e Sudeste lideraram o volume de atendimentos. A primeira apresentou as maiores taxas em todo o período estudado, com 103,6/100 mil hab. em 2008 e 160,1/100 mil hab. em 2012. A segunda iniciou o período com a taxa de 33,1/100 mil hab., alcançando

Tabela 1 – Características demográficas e nosológicas dos atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas realizados em Centros de Atenção Psicossocial, Brasil, 2008-2012

| Variáveis | Ano | | | | | | | | | | Total | |
|--|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|----------------|--------------|
| | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 3.941 | 19,4 | 4.131 | 17,5 | 5.490 | 17,8 | 6.755 | 18,1 | 8.081 | 20,7 | 28.398 | 18,8 |
| Masculino | 16.501 | 80,7 | 19.531 | 82,5 | 25.412 | 82,2 | 30.580 | 81,9 | 30.908 | 79,3 | 122.932 | 81,2 |
| Faixa etária (em anos) | | | | | | | | | | | | |
| 5-9 | 256 | 1,2 | 201 | 0,8 | 219 | 0,7 | 298 | 0,8 | 213 | 0,5 | 1.187 | 0,8 |
| 10-14 | 3.540 | 17,3 | 3.879 | 16,5 | 4.783 | 15,5 | 5.200 | 13,9 | 5.608 | 14,5 | 23.010 | 15,3 |
| 15-19 | 16.646 | 81,4 | 19.582 | 2,8 | 25.900 | 83,8 | 31.837 | 85,3 | 33.168 | 5,1 | 127.133 | 4,0 |
| Raça/cor da pele | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 6.835 | 33,4 | 7.105 | 30,0 | 8.083 | 26,2 | 10.434 | 27,9 | 11.584 | 29,7 | 44.041 | 29,1 |
| Preta | 1.136 | 5,6 | 1.145 | 4,8 | 1.482 | 4,8 | 1.741 | 4,7 | 1.828 | 4,7 | 7.332 | 4,8 |
| Parda | 4.245 | 20,8 | 4.353 | 18,4 | 5.373 | 17,4 | 7.381 | 19,8 | 8.268 | 21,2 | 29.620 | 19,6 |
| Amarela | 274 | 1,3 | 284 | 1,2 | 264 | 0,8 | 261 | 0,7 | 448 | 1,1 | 1.531 | 1,0 |
| Indígena | 9 | 0,0 | 5 | 0,0 | 3 | 0,0 | 22 | 0,1 | 30 | 0,1 | 69 | 0,0 |
| Sem informação | 7.943 | 38,9 | 10.770 | 45,5 | 15.697 | 50,8 | 17.496 | 46,9 | 16.831 | 43,2 | 68.737 | 45,4 |
| Causa do atendimento | | | | | | | | | | | | |
| F10 ^a (álcool) | 2.242 | 11,0 | 2.620 | 11,1 | 2.699 | 8,7 | 2.849 | 7,6 | 3.207 | 8,2 | 13.617 | 9,0 |
| F11 ^b (opiáceos) | 80 | 0,4 | 76 | 0,3 | 86 | 0,3 | 123 | 0,3 | 182 | 0,5 | 547 | 0,4 |
| F12 ^c (canabinoides) | 2.924 | 14,3 | 3.600 | 15,2 | 4.455 | 14,4 | 5.870 | 15,7 | 6.729 | 17,2 | 23.578 | 15,6 |
| F13 ^d (sedativos) | 62 | 0,3 | 51 | 0,2 | 92 | 0,3 | 120 | 0,3 | 53 | 0,1 | 378 | 0,2 |
| F14 ^e (cocaína) | 2.511 | 12,3 | 3.284 | 13,9 | 5.145 | 16,6 | 6.721 | 18,0 | 6.026 | 15,5 | 23.687 | 15,6 |
| F15 ^f (estimulantes) | 150 | 0,7 | 49 | 0,2 | 71 | 0,2 | 151 | 0,4 | 181 | 0,5 | 602 | 0,4 |
| F16 ^g (alucinógenos) | 29 | 0,1 | 50 | 0,2 | 51 | 0,2 | 226 | 0,6 | 70 | 0,2 | 426 | 0,3 |
| F17 ^h (tabaco) | 258 | 1,3 | 186 | 0,8 | 262 | 0,8 | 312 | 0,8 | 321 | 0,8 | 1.339 | 0,9 |
| F18 ⁱ (solventes) | 470 | 2,3 | 294 | 1,2 | 255 | 0,8 | 197 | 0,5 | 161 | 0,4 | 1.377 | 0,9 |
| F19 ^j (múltiplas SPA ^k) | 11.716 | 57,3 | 13.452 | 56,8 | 17.786 | 57,6 | 20.766 | 55,6 | 22.059 | 56,6 | 85.779 | 56,7 |
| Total | 20.442 | 13,5 | 23.662 | 15,6 | 30.902 | 20,4 | 37.335 | 24,7 | 39.119 | 25,8 | 151.330 | 100,0 |

a) F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

b) F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos.

c) F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides.

d) F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.

e) F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

f) F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.

g) F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.

h) F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco.

i) F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.

j) F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

k) SPA: substâncias psicoativas.

Fontes: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC); Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10).

94,2/100 mil hab. ao final do período. Todas as regiões exibiram crescimento das taxas de atendimento, com maiores variações percentuais nas regiões Sudeste – 184,8% – e Centro Oeste – 151,6% (Tabela 3).

Acre, Paraná e Paraíba lideraram as taxas de atendimento em 2008, apresentando valores de 182,9/100 mil hab., 139,4/100 mil hab. e 121,2/100 mil hab., respecti-

vamente. Ao final do período, o Paraná manteve-se com altas taxas de atendimento, 190,7/100 mil hab., sendo acompanhado por Mato Grosso – 204,5/100 mil hab. – e São Paulo – 148,4/100 mil hab. Reduções acima de 80,0% foram observadas nas taxas do Acre, Distrito Federal e Paraíba. Não foi possível realizar a estimativa da variação percentual de Amazonas, Roraima e Amapá (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição dos registros de atendimentos decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, segundo tipo de Centro de Atenção Psicossocial e região, Brasil, 2008-2012

| Tipo de CAPS | Região | | | | | | | | | | Total | |
|---|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|----------------|--------------|
| | Norte | | Nordeste | | Sudeste | | Sul | | Centro-Oeste | | n | % |
| | n | % | n | % | n (63.165) | % | n | % | n | % | | |
| CAPS I ^a | 210 | 5,7 | 2.098 | 7,4 | 981 | 1,5 | 2.416 | 5,3 | 307 | 2,8 | 6.012 | 4,0 |
| CAPS II ^b | 98 | 2,7 | 417 | 1,5 | 4.645 | 7,3 | 215 | 0,5 | 7 | 0,1 | 5.382 | 3,6 |
| CAPS III ^c | 6 | 0,2 | 176 | 0,6 | 222 | 0,3 | 17 | 0,0 | 95 | 0,9 | 516 | 0,3 |
| CAPSi ^d | 39 | 1,7 | 2.664 | 9,4 | 6.380 | 10,1 | 6.482 | 14,3 | 129 | 1,2 | 15.694 | 10,4 |
| CAPS AD ^e / CAPS AD III ^f | 3.322 | 90,4 | 22.973 | 81,1 | 50.937 | 80,6 | 36.245 | 79,9 | 10.249 | 95,0 | 123.726 | 81,8 |
| Total | 3.975 | 100,0 | 28.328 | 100,0 | 63.165 | 100,0 | 45.375 | 100,0 | 10.787 | 100,0 | 151.330 | 100,0 |

a) CAPS I: Centro de Atenção Psicossocial tipo I.

b) CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial tipo II.

c) CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial tipo III.

d) CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

e) CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas.

f) CAPS AD III: Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 Horas.

Fontes: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Na análise segundo tão somente a faixa etária, as maiores taxas de atendimento foram apresentadas pela população adolescente de 15 a 19 anos (Tabela 4). Considerando-se causa de atendimento e faixa etária, os transtornos por uso de múltiplas substâncias psicoativas mantiveram as maiores taxas em todo o período, exceto dos 5 aos 9 anos, faixa etária em que foram superados pelos atendimentos a transtornos decorrentes do uso de álcool nos anos de 2009 e 2012, com 0,4 atendimento/100 mil hab. (múltiplas SPA) *versus* 0,5 atendimento/100 mil hab. (álcool) (Tabela 5). Na idade de 5 a 9 anos, apresentaram variação positiva os transtornos por uso de opiáceos, canabinoides, alucinógenos e tabaco. A faixa etária de 10 a 14 anos apresentou variação percentual negativa apenas para os transtornos por uso de solventes, havendo redução de 73,7% nas taxas de atendimento por essa causa. A faixa de 15 a 19 anos exibiu variação negativa para transtornos por uso de sedativos e de solventes, com redução de 35,1% e 54,6% respectivamente (Tabela 5).

Discussão

No presente estudo, o sexo masculino foi indicado na maioria dos registros, assim como a faixa etária da adolescência (10-19 anos). Destacaram-se como principais causas de atendimento os transtornos mentais e comportamentais pelo uso de múltiplas substâncias psicoativas, transtornos pelo uso de co-

caína, de maconha e de álcool. Houve crescimento constante do número de atendimentos em CAPS, com grandes variações das taxas de atendimento entre as UFs e grandes regiões nacionais.

O aumento observado pode ter relação com a ampliação da rede assistencial e maior acolhimento às demandas associadas ao uso de substâncias psicoativas. Conforme o Ministério da Saúde, entre os anos de 2006 e 2011, programas direcionados ao enfrentamento do consumo dessas substâncias ampliaram a oferta de cuidado mediante a incorporação da tecnologia do cuidado por 24 horas, representada principalmente pelos CAPS AD III e CAPS III, e pela ampliação dos serviços específicos para crianças e adolescentes.¹⁴

A variação das frequências e taxas de atendimentos entre as macrorregiões nacionais pode refletir desigualdade na distribuição dos CAPS pelo país. Somente 62,2% dos municípios considerados elegíveis para implantação de CAPS contam com o serviço. Verificando-se sua distribuição por região, o Norte possui o percentual mais baixo, com CAPS em apenas 47,7% dos municípios elegíveis, e a região Sul o mais elevado, com 70,0% de seus municípios dispondo de tais serviços.¹⁴

Supõe-se que as taxas de atendimento no Brasil foram afetadas por desigualdades estruturais, relacionadas às diferenças de renda entre as UFs e regiões, organização e acesso à rede de serviços, bem como qualidade dos registros apresentados.

A predominância dos atendimentos a indivíduos do sexo masculino reflete uma tendência global. Estima-se

Tabela 3 – Evolução das taxas de atendimento (por 100 mil habitantes) a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo região e Unidades da Federação (UFs), Brasil, 2008-2012

| Variáveis | Ano | | | | | | | | | | | | | | | Δ% | | |
|---------------------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|---------|-------|
| | 2008 | | | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | | | 2012 | | | Fem | Masc | Total |
| | Fem | Masc | Total | Fem | Masc | Total | Fem | Masc | Total | Fem | Masc | Total | Fem | Masc | Total | | | |
| Norte | 3,6 | 264,7 | 13,0 | 2,2 | 7,6 | 9,2 | 2,7 | 21,5 | 12,3 | 4,5 | 32,0 | 18,5 | 6,7 | 27,7 | 17,4 | 82,7 | -89,5 | 33,8 |
| Rondônia | 0,0 | 0,3 | 1,4 | 2,9 | 74,7 | 5,3 | 6,3 | 30,5 | 18,6 | 3,4 | 23,8 | 13,8 | 16,5 | 59,1 | 38,3 | 22.021,1 | 2.577,4 | |
| Acre | 59,4 | 148,7 | 182,9 | 22,2 | 0,0 | 48,8 | 5,7 | 61,8 | 34,1 | 13,6 | 122,0 | 68,5 | 10,3 | 40,2 | 25,5 | -82,6 | -73,0 | -86,1 |
| Amazonas | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 2,3 | 1,1 | 0,2 | 3,7 | 2,0 | | | |
| Roraima | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 18,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 0,6 | 5,1 | 26,8 | 16,2 | | | |
| Pará | 1,8 | 240,4 | 8,6 | 0,8 | 0,0 | 9,9 | 2,3 | 21,3 | 12,0 | 5,9 | 37,6 | 22,2 | 6,5 | 27,1 | 17,0 | 266,0 | -88,7 | 98,3 |
| Amapá | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 35,3 | 0,0 | 2,5 | 5,0 | 3,8 | 6,6 | 68,1 | 37,6 | 6,5 | 52,6 | 29,7 | | | |
| Tocantins | 0,0 | 8,7 | 2,3 | 6,6 | 16,0 | 21,2 | 8,5 | 65,9 | 37,6 | 4,7 | 32,5 | 18,8 | 13,6 | 43,0 | 28,5 | 394,8 | 1.119,0 | |
| Nordeste | 10,7 | 49,0 | 30,1 | 11,9 | 59,0 | 35,8 | 11,9 | 64,8 | 38,8 | 13,1 | 65,7 | 39,8 | 12,1 | 61,9 | 30,1 | 13,2 | 26,3 | 0,1 |
| Maranhão | 5,7 | 37,8 | 22,0 | 3,5 | 33,9 | 18,9 | 5,7 | 45,3 | 25,8 | 9,8 | 86,3 | 48,6 | 8,2 | 85,4 | 47,4 | 43,8 | 126,0 | 116,1 |
| Piauí | 34,4 | 110,2 | 72,9 | 21,7 | 85,0 | 53,9 | 19,4 | 100,0 | 60,4 | 16,3 | 75,7 | 46,5 | 22,1 | 97,1 | 60,2 | -35,7 | -11,9 | -17,4 |
| Ceará | 11,9 | 69,7 | 41,3 | 15,5 | 76,2 | 46,4 | 14,6 | 71,0 | 43,3 | 15,3 | 65,4 | 40,8 | 11,5 | 40,1 | 26,0 | -3,2 | -42,5 | -36,9 |
| Rio Grande do Norte | 5,4 | 21,4 | 13,5 | 6,1 | 17,7 | 12,0 | 7,3 | 29,7 | 18,7 | 12,3 | 41,7 | 27,3 | 8,3 | 48,4 | 28,7 | 52,2 | 126,5 | 111,9 |
| Paraíba | 51,0 | 189,6 | 121,2 | 46,7 | 209,5 | 129,1 | 45,7 | 214,5 | 131,2 | 28,8 | 204,8 | 117,9 | 31,3 | 183,8 | 0,1 | -38,7 | -3,1 | -99,9 |
| Pernambuco | 9,7 | 40,1 | 25,1 | 11,0 | 52,4 | 32,0 | 10,3 | 64,7 | 37,9 | 13,6 | 48,7 | 31,4 | 14,6 | 58,7 | 37,0 | 49,8 | 46,4 | 47,1 |
| Alagoas | 2,8 | 14,8 | 8,9 | 5,1 | 28,4 | 16,8 | 3,1 | 23,6 | 13,4 | 2,9 | 31,7 | 17,4 | 0,6 | 20,3 | 10,6 | -78,4 | 37,2 | 19,0 |
| Sergipe | 2,3 | 64,5 | 33,7 | 6,2 | 53,6 | 30,1 | 9,4 | 68,6 | 39,3 | 16,9 | 91,3 | 54,4 | 12,4 | 79,0 | 46,0 | 441,7 | 22,6 | 36,4 |
| Bahia | 1,8 | 10,3 | 6,1 | 7,2 | 38,7 | 23,3 | 7,7 | 42,6 | 25,5 | 10,6 | 37,6 | 24,3 | 9,3 | 36,2 | 23,0 | 426,2 | 250,1 | 274,8 |
| Sudeste | 13,4 | 52,1 | 33,1 | 13,0 | 59,3 | 36,5 | 25,7 | 104,0 | 65,6 | 35,2 | 143,2 | 90,2 | 42,2 | 144,1 | 94,2 | 215,6 | 176,8 | 184,8 |
| Minas Gerais | 13,8 | 41,1 | 27,7 | 8,9 | 50,3 | 30,0 | 14,5 | 71,9 | 43,8 | 14,6 | 73,8 | 44,8 | 15,2 | 72,7 | 44,5 | 9,9 | 76,8 | 60,6 |
| Espírito Santo | 10,4 | 56,9 | 34,1 | 8,7 | 69,6 | 39,7 | 8,0 | 34,3 | 21,4 | 13,3 | 41,6 | 27,7 | 14,4 | 22,5 | 18,6 | 38,7 | -60,4 | -45,6 |
| Rio de Janeiro | 3,1 | 11,4 | 7,3 | 3,6 | 18,6 | 11,2 | 8,8 | 35,3 | 22,3 | 19,4 | 73,9 | 47,1 | 14,0 | 51,8 | 33,3 | 354,7 | 355,6 | 355,8 |
| São Paulo | 17,3 | 72,4 | 45,3 | 18,9 | 78,2 | 49,0 | 39,2 | 152,3 | 96,8 | 53,3 | 213,1 | 134,7 | 68,7 | 225,1 | 148,4 | 296,4 | 211,0 | 227,4 |
| Sul | 43,5 | 161,3 | 103,6 | 47,5 | 195,4 | 123,0 | 48,7 | 210,7 | 131,4 | 53,1 | 233,8 | 145,3 | 62,3 | 253,9 | 160,1 | 43,4 | 57,4 | 54,6 |
| Paraná | 68,0 | 208,2 | 139,4 | 68,1 | 217,0 | 144,0 | 64,8 | 228,4 | 148,2 | 65,2 | 282,1 | 175,8 | 78,1 | 298,9 | 190,7 | 15,0 | 43,6 | 36,8 |
| Santa Catarina | 26,1 | 119,6 | 73,8 | 29,1 | 152,6 | 92,2 | 37,2 | 185,7 | 113,0 | 44,7 | 204,0 | 126,1 | 49,1 | 230,8 | 141,9 | 88,3 | 93,0 | 92,2 |
| Rio Grande do Sul | 28,3 | 137,4 | 83,9 | 37,0 | 198,7 | 119,5 | 38,8 | 207,5 | 124,9 | 45,3 | 200,9 | 124,8 | 53,7 | 220,3 | 138,8 | 90,1 | 60,4 | 65,4 |
| Centro-Oeste | 12,2 | 51,7 | 32,2 | 15,1 | 78,6 | 47,4 | 19,6 | 94,7 | 57,8 | 25,2 | 106,0 | 66,3 | 47,1 | 113,9 | 81,1 | 287,6 | 120,4 | 151,6 |
| Mato Grosso do Sul | 11,7 | 34,8 | 23,5 | 16,8 | 49,0 | 33,3 | 12,2 | 67,4 | 40,5 | 8,6 | 75,5 | 42,9 | 10,1 | 66,0 | 38,7 | -13,1 | 89,5 | 64,9 |
| Mato Grosso | 11,0 | 41,9 | 26,8 | 20,3 | 129,6 | 76,2 | 37,4 | 109,7 | 74,4 | 79,4 | 189,9 | 135,9 | 146,0 | 260,5 | 204,5 | 1226,2 | 522,2 | 663,6 |
| Goiás | 18,0 | 84,1 | 51,7 | 18,1 | 95,5 | 57,5 | 21,5 | 135,1 | 79,4 | 13,8 | 114,1 | 65,0 | 31,3 | 103,8 | 68,2 | 73,5 | 23,5 | 32,1 |
| Distrito Federal | 0,0 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 2,1 | 1,4 | 2,1 | 8,8 | 5,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | -100,0 | -100,0 | |
| Brasil | 15,5 | 62,9 | 39,6 | 16,3 | 74,6 | 46,0 | 21,8 | 97,4 | 60,3 | 26,9 | 117,6 | 73,1 | 32,4 | 119,4 | 76,7 | 108,4 | 90,0 | 93,7 |

Notas:

Fem: taxa de atendimento a pessoas do sexo feminino.

Masc: taxa de atendimento a pessoas do sexo masculino.

Total: taxa de atendimento não padronizada por sexo.

Δ%: variação percentual da taxa de atendimento.

que, em 2015, uma a cada três pessoas que consumiam substâncias psicoativas pertenciam ao sexo feminino; porém, apenas uma de cada cinco em tratamento eram mulheres.⁴ O estigma relacionado ao uso abusivo

dessas substâncias 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.¹⁵

Tabela 4 – Taxas de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas (por 100 mil habitantes), segundo sexo, faixa etária e causa do atendimento, Brasil, 2008-2012

| Variáveis | Ano | | | | | Δ% ^a |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 15,5 | 16,3 | 21,8 | 26,9 | 32,4 | 108,4 |
| Masculino | 62,9 | 74,6 | 97,4 | 117,6 | 119,4 | 90,0 |
| Faixa etária (em anos) | | | | | | |
| 5-9 | 1,5 | 1,2 | 1,3 | 1,8 | 1,3 | -13,3 |
| 10-14 | 20,6 | 22,5 | 27,8 | 30,2 | 32,6 | 58,4 |
| 15-19 | 96,6 | 113,9 | 15,1 | 185,6 | 193,5 | 100,2 |
| Causa do atendimento | | | | | | |
| F10 ^b (álcool) | 4,3 | 5,1 | 5,3 | 5,6 | 6,3 | 45,2 |
| F11 ^c (opióceos) | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 131,0 |
| F12 ^d (canabinoides) | 5,7 | 7,0 | 8,7 | 11,5 | 13,2 | 133,7 |
| F13 ^e (sedativos) | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | -13,2 |
| F14 ^f (cocaína) | 4,9 | 6,4 | 10,0 | 13,2 | 11,9 | 143,7 |
| F15 ^g (estimulantes) | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 22,5 |
| F16 ^h (alucinógenos) | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,1 | 145,1 |
| F17 ⁱ (tabaco) | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 26,3 |
| F18 ^j (solventes) | 0,9 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | -65,2 |
| F19 ^k (múltiplas SPA l) | 22,7 | 26,1 | 34,7 | 40,7 | 43,4 | 91,2 |
| Taxa total^m | 39,6 | 46,0 | 60,3 | 73,1 | 76,7 | 93,7 |

a) Δ%: variação percentual da taxa de atendimento.

b) F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

c) F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos.

d) F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides.

e) F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.

f) F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

g) F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.

h) F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.

i) F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco.

j) F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.

k) F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

l) SPA: substâncias psicoativas.

m) Taxa total: taxa de atendimento total padronizada.

Fontes: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC); Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10).

A predominância de atendimentos a indivíduos com maior idade pode estar relacionada ao maior acesso e consumo dessas substâncias com o aumento da idade. Estudos realizados com população de adolescentes do Brasil, Espanha, Filipinas e Estados Unidos apresentam resultados similares, indicando que o aumento da faixa etária faz-se acompanhar de um aumento na oferta e consumo de substâncias psicoativas.^{8,16-18}

Cabe destacar que os critérios para diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substâncias psicoativas têm como referência a população adulta, havendo limitações para sua aplicação em infantojuvenis. Aponta-se que inconsistências nos estudos direcionados a essa população mais jovem e divergências entre os principais manuais utilizados

no diagnóstico trazem confusão para a definição dos quadros apresentados, não existindo clara distinção entre níveis de comprometimento da vida do indivíduo e/ou gravidade do consumo realizado.

A maior frequência de atendimentos decorrentes de transtornos devidos ao uso de múltiplas substâncias psicoativas pode indicar maior frequência de uso combinado de substâncias psicoativas – cujo diagnóstico deve ocorrer somente em casos nos quais as substâncias consumidas são escolhidas de forma caótica e indiscriminada, ou quando não há clareza das contribuições de diferentes drogas.¹⁹

Estes achados apontam para a necessidade de estudos mais específicos sobre o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes brasileiros.

Apesar de ser recorrente a investigação do tipo de substância consumido, são poucas as informações sobre como são utilizadas, havendo indícios de aumento do consumo combinado de álcool e outras substâncias (como energéticos, maconha e medicamentos) por estudantes brasileiros, ademais do crescimento do número de internações decorrentes do uso de múltiplas substâncias, conforme levantamento realizado nas 27 capitais do país.^{20,21}

Ainda que, na população total do Brasil, o uso de álcool tenha sido, em 2013, responsável por mais de 90% dos óbitos por transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, os atendimentos por essa causa contribuíram com apenas 9,4% dos registros analisados.¹⁴ Pressupondo-se que a frequência de consumo de determinada substância se associa positivamente com a frequência de atendimentos decorrentes do uso da mesma substância, os resultados encontrados aqui divergiram – ainda que parcialmente – da literatura sobre o consumo de substâncias psicoativas no segmento infantojuvenil. A despeito de as substâncias mais consumidas por essa população

serem álcool, tabaco e maconha, 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.^{8,16,22}

Sugere-se que entre os efeitos da proibição das drogas está a despreocupação com o eventual abuso das substâncias psicoativas lícitas, já que a classificação entre substâncias lícitas e substâncias ilícitas é arbitrária, não possuindo critério relacionado aos possíveis riscos e danos à saúde. Assim, os prejuízos são atribuídos principalmente às substâncias ilícitas, enquanto os relacionados às substâncias lícitas são pouco considerados, podendo afetar a busca por cuidado e tratamento.²³

Observando-se 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*), uma possível explicação para o crescimento dos atendimentos à população que consome essa substância.²⁴

Destaca-se também que mais de 80% dos registros analisados provieram de CAPS AD e CAPS AD

Tabela 5 – Taxas de atendimento a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas (por 100 mil habitantes), segundo causa do atendimento e faixa etária, Brasil, 2008-2012

| Variáveis | Ano / faixa etária | | | | | | | | | | | | | | | | | | Δ% ^a |
|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------------|
| | 2008 | | | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | | | 2012 | | | | | | |
| | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | |
| F10 ^b (álcool) | 0,5 | 2,7 | 9,8 | 0,5 | 3,2 | 11,6 | 0,3 | 3,3 | 12,1 | 0,0 | 3,1 | 12,9 | 0,5 | 3,0 | 15,3 | -5,1 | 9,2 | 55,9 | |
| F11 ^c (opióceos) | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,5 | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 299,7 | 211,7 | 86,8 | |
| F12 ^d (canabinoides) | 0,0 | 3,6 | 13,3 | 0,0 | 4,6 | 16,3 | 0,0 | 6,0 | 19,8 | 0,1 | 7,2 | 26,9 | 0,1 | 7,6 | 31,5 | 247,5 | 110,2 | 136,4 | |
| F13 ^e (sedativos) | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | -100,0 | 69,2 | -35,1 | |
| F14 ^f (cocaína) | 0,1 | 1,7 | 12,7 | 0,1 | 2,4 | 16,7 | 0,1 | 2,6 | 27,3 | 0,0 | 3,8 | 35,3 | 0,0 | 3,2 | 31,9 | -80,5 | 81,4 | 150,8 | |
| F15 ^g (estimulantes) | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,5 | 0,6 | -100,0 | 47,2 | 54,4 | |
| F16 ^h (alucinógenos) | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 838,3 | 300,0 | 104,8 | |
| F17 ⁱ (tabaco) | 0,0 | 0,3 | 1,2 | 0,1 | 0,3 | 0,7 | 0,0 | 0,4 | 1,1 | 0,0 | 0,3 | 1,5 | 0,0 | 0,5 | 1,4 | 4,3 | 80,0 | 13,4 | |
| F18 ^j (solventes) | 0,1 | 1,5 | 1,2 | 0,1 | 0,8 | 0,8 | 0,1 | 0,8 | 0,6 | 0,1 | 0,5 | 0,6 | 0,0 | 0,4 | 0,5 | -90,5 | -73,7 | -54,6 | |
| F19 ^k (múltiplas SPA l) | 0,5 | 10,3 | 57,2 | 0,4 | 10,9 | 66,9 | 0,7 | 14,1 | 88,8 | 0,4 | 14,1 | 106,6 | 0,4 | 17,0 | 111,2 | -18,2 | 65,9 | 94,2 | |
| Taxa total^m | 1,5 | 20,6 | 96,6 | 1,2 | 22,5 | 113,9 | 1,3 | 27,8 | 15,1 | 1,8 | 30,2 | 185,6 | 1,3 | 32,6 | 193,5 | -13,3 | 58,4 | 100,2 | |

a) Δ%: variação percentual da taxa de atendimento.

b) F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

c) F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opióceos.

d) F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinoides.

e) F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos.

f) F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

g) F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.

h) F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos.

i) F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco.

j) F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.

k) F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

l) SPA: substâncias psicoativas.

m) Taxa total: taxa de atendimento total padronizada.

Fontes: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC); Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10).

III. No ano de 2012, existiam 172 CAPSi, dos quais 114 (66%) registraram atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas, enquanto dos 294 CAPS AD/AD III existentes, 281 (96%) assistiram crianças e adolescentes com esses transtornos.

Os transtornos observados restringem-se aos apresentados por crianças e adolescentes. Não obstante, os CAPSi apresentam dificuldades em atender seu público etário em suas necessidades relacionadas ao consumo de SPA, direcionando essa demanda para serviço específico de tratamento do abuso de SPA sem considerar as especificidades da idade e possíveis limitações do CAPS AD na atenção da população infantojuvenil.

Norte e Centro-Oeste apresentaram as menores frequências de atendimentos em CAPSi, o que reflete a escassez desse tipo de CAPS nessas regiões. Dados referentes à distribuição desses serviços revelaram que essas regiões concentravam menos de 10% dos CAPSi existentes no ano de 2014; os estados do Acre, Roraima e Tocantins sequer possuíam esse serviço, o que indica a fragilidade da oferta de cuidado a crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais.

O presente estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários, cuja qualidade não é possível controlar. O preenchimento do campo referente à raça/cor da pele foi insatisfatório, não permitindo análise adequada dessa variável.

Dados referentes aos atendimentos de menores de 10 anos foram interpretados com cautela. Ainda que a literatura especializada não aponte restrições quanto à idade, no que concerne ao diagnóstico de transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, cabe questionamento sobre a plausibilidade de faixas etárias precoces já exibirem as manifestações exigidas para receberem tal diagnóstico.¹⁹ Desse modo, pressupõe-se o preenchimento incorreto de alguns dados, possivelmente originado de registro inadequado da idade ou do diagnóstico.

Os dados utilizados são referentes aos atendimentos realizados nos CAPS. Sendo assim, pode-se ter realizado mais de um atendimento para o mesmo usuário, fazendo com que suas características fossem contabilizadas mais de uma vez. Os achados deste estudo apontam a necessidade de ampliação e qualificação da oferta assistencial a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psico-

ativas. Mostra-se necessária a ampliação do número de CAPSi e de CAPS AD, medida a ser acompanhada da adequação dos CAPS AD para atendimento a crianças e adolescentes, e do maior acolhimento dos CAPSi às demandas relacionadas ao consumo de SPA pela população infantojuvenil.

Os serviços de atenção a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de SPA podem apresentar pouca adequação e difícil acesso pela população de crianças e adolescentes, ao não considerarem as especificidades desses períodos da vida ou singularidades desses sujeitos. Muitas vezes, o acesso ao tratamento tem ocorrido a partir de ações encaminhadas junto ao poder Judiciário, indicando ineficiência do setor Saúde e/ou existência de complexas situações e impedimentos de caráter social. Com a organização da Rede de Atenção Psicossocial, a articulação entre os diferentes setores pode ser fortalecida com a garantia de uma atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas.

Mostra-se imprescindível o cumprimento das diretrizes da atenção psicossocial a crianças e adolescentes, a saber:

- reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos, igualmente responsáveis por suas demandas e sintomas;
- acolhimento universal, evidenciado pela garantia do atendimento em todos os serviços de saúde, identificando-se as necessidades e propondo-se as intervenções necessárias;
- encaminhamento implicado e corresponsável, por meio da identificação do serviço mais adequado e acompanhamento do caso até que o atendimento se realize;
- construção permanente da rede e da intersetorialidade, com atuação baseada no território; e
- avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental.¹²

Recomenda-se a ampliação do debate sobre o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, propondo e/ou fortalecendo intervenções mais além da prevenção, haja vista a atual escassez de estudos sobre o tema. O presente trabalho buscou estimular esse debate e representa uma contribuição para o conhecimento e planejamento de ações direcionadas à população infantojuvenil com necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas.

Contribuição dos autores

Conceição DS e Santos DN contribuíram substancialmente na concepção e desenho do estudo, aquisição dos dados e análise dos resultados, delineamento e elaboração da primeira versão do manuscrito. Andreoli

SB e Esperidião MA contribuíram com a interpretação dos dados, elaboração das versões preliminares e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Vigo D, Thornicrifi G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016 Feb;3(2):171-8.
2. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov;383(9904):1564-74.
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov;382(9904):1575-86.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2017 [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017 [cited 2017 Dec 20]. 5 vol. Available in: <http://www.unodc.org/wdr2017/en/topics.html>.
5. World Health Organization. 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 [Internet]. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, et al. editors. Copenhagen: World Health Organization; 2016 [cited 2017 Dec 20]. 276 p. (Health Policy Children and Adolescents, n. 7). Available in: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Global school-based student health survey (GSHS): overview [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 [cited 2017 Dec 20]. Available in: <https://www.cdc.gov/gshs/>
7. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*. 2016 Jun;387(10036):2383-401.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado 2017 dez 20]. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
9. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RR, Andrade SSC, Mello FCM, Dias AJR, et al. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Supl 1):46-61.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 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 República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2011 dez 26; Seção 1:230.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 2017 dez 20]. 60 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2017 dez 20]. 60 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
13. Levy SJL, Williams, JF. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Use and Prevention. Substance use screening, brief intervention and referral to treatment. *Pediatrics*. 2016 Jun;138(1):143.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental em dados 12, ano 10, n° 12. Informativo eletrônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2017 dez 20].

- 47 p. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
15. Ait-Daoud N, Blevins D, Khanna S, Sharma S, Holstege CP. Women and addiction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017 Jun;40(2):285-97.
 16. Sanchez-Queija I, Moreno C, Rivera FR, Ramos P. Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. *Gac Sanit.* 2015 May-Jun;29(3):184-9.
 17. Swahn MH, Palmier JB, Benegas-Segarra A, Sinson FA. Alcohol marketing and drunkenness among students in the Philippines: findings from the nationally representative Global School-based Students Health Survey. *BMC Public Health.* 2013 Dec;13:1159.
 18. Oh S, Salas-Wright CP, Vaughn MG. Trends in drug offers among adolescents in the United States, 2002-2014. *Health Justice.* 2017 Dec;5:6.
 19. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems [Internet]. 10th rev. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2017 Dec 20]. 195 p. Available in: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
 20. Oliveira LG, Alberghini DG, Santos B, Andrade AG. Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 Jul-Sep;35(3): 221-30.
 21. Associação Médica Brasileira. Abuso e dependência de múltiplas drogas [Internet]. Azeredo RCS, Oliveira KD, Lima e Silva LFA, Koller K, Marques ACPR, Ribeiro M, et al. editores. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2012 [citado 2017 dez 20]. 18 p. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/abuso_e_dependencia_de_multiplas_drogas.pdf
 22. Faller S, Peuker AC, Sordi A, Stolf A, Souza-Formigoni ML, Cruz MS, et al. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014 Dec;36(4):193-202.
 23. Karam ML. Legalização das drogas. São Paulo: Estúdio Editores; 2015.
 24. Teixeira MB, Ramôa ML, Engstrom E, Ribeiro JM. Tensions between approach paradigms in public policies on drugs: an analysis of Brazilian legislation in 2000-2016. *Ciênc Saúde Colet.* 2017 May;22(5):1455-66.

Abstract

Objective: to describe the profile of care for children and adolescents with psychoactive substance use disorders performed by the Brazilian Psychosocial Care Centers (Centros de Apoio Psicossocial - CAPS) from 2008 to 2012. **Methods:** a descriptive study with data from the SUS Outpatient Information System (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS) and the system of National Registration of Health Establishments (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES). **Results:** a total of 151.330 attendances were observed, 81.2% were males and 99.2% were in the age range of 10 to 19 years; the main causes were polydrug use (56.7%), cocaine (15.6%), marijuana (15.6%) and alcohol (9.0%); the CAPS for Alcohol and other Drugs (CAPS AD) accounted for 81.8% of the records; from 2008 to 2012, the attendance rate from 39.6 to 76.7/100 thousand inhabitants. **Conclusion:** there was an increase in the attendance rates, observing the predominance of males, age range of 10 to 19 years and disorders due to polydrug use.

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

Resumen

Objetivo: describir el perfil de atención en población infanto-juvenil con trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas en Centros de Atención Psicossocial (CAPS) de Brasil, de 2008 a 2012. **Métodos:** estudio descriptivo, con datos del Sistema de Informaciones Ambulatorias del Sistema Único de Salud (SIA/SUS) y sistema de Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RNES). **Resultados:** se observaron 151.330 atendimientos, 81,2% en hombres y 99,2% en individuos entre 10 e 19 años; las principales causas de atención fueron trastornos por uso de múltiples sustancias psicoactivas (56,7%), cocaína (15,6%), marihuana (15,6%) y alcohol (9,0%); CAPS Alcohol y otras Drogas fueron responsables por 81,8% de los registros; de 2008 a 2012, la tasa de atención se elevó de 39,6 a 76,7/100 mil habitantes. **Conclusión:** hubo elevación de las tasas de atención, observándose predominancia del sexo masculino, grupo de 10 a 19 años y trastornos por uso de múltiples sustancias.

Palabras-clave: Niños; Adolescente; Trastornos Relacionados con Sustancias; Servicios de Salud Mental.

Recebido em 28/08/2017
Aprovado em 30/11/2017