



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Carolina Ortiz

**Álcool e outras drogas no SUAS:** uma análise do Centro de Referência de Assistência Social  
do município de Palhoça, Santa Catarina.

Florianópolis  
2022

Carolina Ortiz

**Álcool e outras drogas no SUAS: uma análise do Centro de Referência de Assistência Social do município de Palhoça, Santa Catarina.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Fátima Büchele Assis, Dr.(a).

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

ORTIZ, CAROLINA

Álcool e outras drogas no SUAS: : Uma análise do  
Centro de Referência de Assistência Social do município  
de Palhoça, Santa Catarina. / CAROLINA ORTIZ ;  
orientadora, Fátima Buchelle Assis, 2022.

92 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa  
de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis,  
2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Assistência Social. 3.  
Substâncias Psicoativas. 4. Características  
sociodemográficas. 5. Intersetorialidade. I. Buchelle  
Assis, Fátima . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.  
III. Título.

Carolina Ortiz

**Álcool e outras drogas no SUAS: uma análise do Centro de Referência de Assistência Social do município de Palhoça, Santa Catarina.**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Larissa de Abreu Queiros, Dr.(a)  
Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Prof.(a) Sheila Rubia Lindner, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.(a) Elza Berger Salema Coelho, Dr.(a)  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Fátima Büchele Assis, Dr.(a)  
Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Fátima Buchelle Assis, por toda a paciência, empenho, disposição e carinho com que sempre me orientou neste trabalho e em todas as questões que necessitei no processo do mestrado. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar e por vibrar junto em todas as nossas pequenas vitórias.

Desejo igualmente agradecer a avó das minhas filhas, Izabel de Souza Nogueira, que exerceu o cuidado das crianças com carinho, dedicação, apreço e amor para que pudesse iniciar esse percurso e concluí-lo, sem preocupações. Por sempre acreditar em mim, como pessoa mulher, por me empurrar e me dar forças sem cobrar nada em troca.

Agradeço às minhas amigas de trabalho e de vida, Camila Gisele de Oliveira, Gabriela Girardi Hall, Maria Eduarda Ramos, Mirian de Lourdes Fonseca e Natália Fonseca Koch, que me ensinaram que o sujeito de desejo é maior que a simples resolução das demandas exigidas pelas regras e pelo tempo do Capital.

Por último, quero agradecer às minhas crianças, Maia Ortiz Nogueira e Maria Luíza Ortiz, por terem vindo ao mundo e feito com que aumentasse o desejo de melhorá-lo e contribuir socialmente.

Limpos  
quietos  
fechados  
pontuais

duros  
novos  
precisos  
infalíveis

SÓBRIOS

móveis  
azeitados

IDÊNTICOS

perfeitamente substituíveis

Cada novato  
é uma peça  
de reposição

(FERREIRA, Golondrina, 2020)

## RESUMO

Este estudo realizou um levantamento dos principais dados demográficos, características e necessidades do usuário de álcool e outras drogas de um dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) do município da Palhoça. A amostra final desse estudo foi constituída por 132 prontuários que se enquadraram integralmente nos critérios pré-estabelecidos para seleção de inclusão. Como metodologia utilizou-se da pesquisa básica documental retrospectiva exploratória de abordagem quantitativa dialética de forma complementar, por meio do uso dos dados obtidos nos prontuários do serviço. A partir dos dados coletados identificou-se o perfil sócio demográfico dos usuários, tais como, idade, renda, escolaridade, sexo e padrão de consumo. Dessa forma foi possível constatar quais eram as principais necessidades relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas, assim como as ações realizadas pelo serviço em função da garantia do cuidado integral e da manutenção dos direitos do usuário. Com objetivo de construir indicadores em saúde mental e levantar as principais características e encaminhamentos do usuário de substâncias psicoativas que utiliza o CRAS como porta de entrada foram elaborados dois artigos científicos, o primeiro deles intitulado: **“ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”**, esse artigo mostrou um maior consumo abusivo de múltiplas drogas, seguido do abuso pelo álcool, principalmente entre jovens e adultos. Apontou também para o atrelamento do uso abusivo às representações sociais dos papéis de gênero e aos riscos sociais inerentes à insegurança alimentar, o desemprego, a situação de rua e a baixa renda e escolaridade. Ficou evidente a atuação do serviço diante do abuso ligado às condições e possibilidades de vida dos sujeitos, acentuando a importância da intersectorialidade como estratégia de cuidado integral ao usuário de substâncias psicoativas. O segundo artigo, intitulado como **“INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE MENTAL: ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA PROTEÇÃO BÁSICA SOCIAL”**, mostrou por meio dos encaminhamentos e demandas dos atendimentos realizados no Centro de Referência em Assistência Social as aproximações e as contradições sobre o cuidado à população pobre usuária de álcool e/ou outras drogas e a garantia de seus direitos. Apontando para a necessidade da construção de prontuários compartilhados aos serviços que compõem a RAPS e a importância de critérios técnicos e de humanização nos acolhimentos para a garantia da intersectorialidade e do cuidado integral.

**Palavras-chave:** Assistência Social; Saúde Mental; Substâncias Psicoativas; Características sociodemográficas; Intersetorialidade.

## ABSTRACT

This study carried out a survey of the main demographic data, characteristics and needs of users of alcohol and other drugs in one of the Social Assistance Reference Centers (CRAS) in the municipality of Palhoça. The final sample of this study consisted of 132 charts who fully fit the pre-established criteria for inclusion selection. As a methodology, we used basic exploratory retrospective documentary research with a dialectical quantitative approach in a complementary way, through the use of data obtained from the service's records. From the collected data, the socio-demographic profile of the users was identified, such as age, income, education, sex and consumption pattern. In this way, it was possible to verify the main needs related to the abuse of alcohol and other drugs, as well as the actions carried out by the service in order to guarantee comprehensive care and the maintenance of the user's rights. With the objective of building indicators in mental health and raising the main characteristics and referrals of the user of psychoactive substances who use the CRAS as a gateway, two scientific articles were prepared, the first of them entitled: **“ANALYSIS OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE FRAMEWORK OF SOCIAL ASSISTANCE”**, this article showed a higher abusive consumption of multiple drugs, followed by alcohol abuse, mainly among young people and adults. It also pointed to the linkage of abusive use to the social representations of gender roles and the social risks inherent to food insecurity, unemployment, homelessness and low income and schooling. The performance of the service in the face of abuse linked to the conditions and possibilities of life of the subjects was evident, emphasizing the importance of intersectoriality as a comprehensive care strategy for the user of psychoactive substances. The second article, entitled **“INTERSECTORIALITY IN MENTAL HEALTH – AD IN THE CONTEXT OF BASIC SOCIAL PROTECTION”**, showed, through the referrals and demands of care provided at the Social Assistance Reference Center, the approximations and contradictions regarding care for the poor population that uses alcohol and/or other drugs and the guarantee of their rights. Pointing to the need to build shared records to the services that make up the RAPS and the importance of technical criteria and humanization in the reception to guarantee intersectoriality and comprehensive care.

**Key words:** Social assistance; Mental health; Psychoactive substances; Indicators; Intersectoriality.

## APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada, **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS USAS**: uma análise do Centro de Referência de Assistência Social do município da Palhoça. submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, insere-se na linha de pesquisa em Saúde Mental, na área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde. A exposição da matéria científica desta pesquisa encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte constituída pela introdução, contextualiza o problema, justifica a escolha do tema, a relevância e os objetivos do estudo. A partir de uma revisão narrativa apresenta-se a fundamentação teórica que sustenta o conhecimento acerca do tema, informando o leitor e norteando o desenvolvimento da pesquisa. Conclui-se esta parte com a descrição do percurso metodológico traçado para a produção dessa dissertação. A segunda parte apresenta os resultados da pesquisa, reunidos em formato de dois artigos científicos de acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Desse modo o produto final dessa pesquisa são os trabalhos acadêmico-científicos intitulados: **“ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”** e **“INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE MENTAL: ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA PROTEÇÃO BÁSICA SOCIAL”** que serão futuramente submetidos a um periódico especializado para publicação.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização da Rede Interna de Assistência Social.....	27
Figura 2 - Seleção da amostra, segundo critérios de inclusão e exclusão. ....	39
Figura 3 - Seleção da amostra, segundo os critérios de organização do serviço.....	41
Figura 4 - Necessidades trazidas ao serviço do CRAS.....	54
Figura 5- Encaminhamentos realizados pelo CRAS a partir de demandas de uso de SPA's no município de Palhoça, SC, entre 2015 – 2020.....	71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.....	50
Tabela 2 - Sexo x SPA's x Idade de quem faz o uso abusivo. Palhoça, SC, 2015-2020. ....	51
Tabela 3 - Familiar que buscou o serviço x Idade de quem buscou o serviço x Familiar que faz abuso de SPA's.....	52
Tabela 4 - Escolaridade x Idade x Sexo de quem fez o uso abusivo de SPA's.....	53
Tabela 5 - Necessidades trazidas ao serviço, relacionadas ao uso indiscriminado de SPA's .....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CONEN	Conselho Estadual de Entorpecentes
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEDLINE	National Center for Biotechnology Information
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Programa de Proteção e Atendimento Especial à família PAIF- Programa de Proteção Integral a Família
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
RAPS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SNC	Sistema Nervoso Central
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TRS	Teoria das Representações Sociais
UNODC	Relatório Mundial sobre Drogas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
4.1	ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: HISTÓRIA E CONCEITOS .....	19
4.2	AÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS EM SANTA CATARINA E NO BRASIL.....	23
4.3	ORGANIZAÇÃO DA REDE INTERNA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	26
4.4	A PROTEÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL .....	30
<b>5</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
5.1	DESENHO DA PESQUISA.....	33
5.2	CONTEXTO DA PESQUISA: PALHOÇA E O CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL .....	35
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	36
5.4	INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS .....	36
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	38
5.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	38
5.7	LEVANTAMENTO DE DADOS .....	38
5.8	ANÁLISE TEMÁTICA DE DADOS .....	41
5.9	ASPECTOS ÉTICOS .....	42
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
6.1	PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO .....	45
6.2	SEGUNDO ARTIGO CIENTÍFICO .....	64
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO A – Formulário de Inquirição para Abertura de Prontuário .....</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO B – Autorização para pesquisa da secretaria de assistência social do município de palhoça, Santa Catarina.....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O fenômeno das drogas perpassa por diversos momentos históricos adquirindo diferentes significados, variando seu conteúdo e uso de forma a acompanhar a cultura e a sociedade, adquirindo também particulares respostas e padrões de consumo. Por esse motivo, esse estudo se dará a partir da compreensão da droga como um fenômeno social, com características particulares, envolto em um contexto sociocultural, que revela que o abuso socialmente desintegrado é uma manifestação da contemporaneidade (BUCHER, 1989; ESCOHOTADO, 1994; MACRAE, 2017).

Desde a pré-história, o ser humano vem fazendo uso de substâncias psicoativas para múltiplas finalidades que se estendem desde o seu emprego lúdico, com fins estritamente hedonistas, até o desencadeamento de estados de êxtase místicos, religiosos, assim como tem sido de grande importância seu uso para fins curativos, seja no âmbito das práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico da atualidade (MACRAE, 2017).

A conotação patológica das drogas, com especificidades morais e de efeito, é construída junto com o desenvolvimento do cristianismo, da medicina e das relações internacionais de comércio. Seu caráter lícito ou ilícito é modificado ao longo do tempo, baseando-se em interesses políticos, econômicos (Lei Seca nos Estados Unidos em 1920; guerra do ópio entre o Reino Unido e China em 1839, restrições severas às áreas em que é permitido o uso de tabaco, assim como a sua publicidade etc.). Não há sociedade sem as suas drogas, contudo a qualidade dessa interação vai depender do contexto cultural ou do momento histórico utilizado como referência (BUCHER, 1989; ESCOHOTADO, 1994; MACRAE, 2017).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2022), cerca de 284 milhões de pessoas - na faixa etária entre 15 e 64 anos - usaram drogas em 2020, 26% a mais do que dez anos antes. Os jovens estão usando mais drogas, com níveis de uso em muitos países superiores aos da geração anterior. Na África e na América Latina, as pessoas com menos de 35 anos representam a maioria das pessoas em tratamento devido a transtornos associados ao uso de drogas.

Conforme o III Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (BASTOS, 2015), realizado nas 108 maiores cidades do Brasil, 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas, sendo esse percentual maior entre os homens 5% (entre as mulheres fica em 1,5%). E também

entre os jovens: 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista.

Segundo a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), atualmente no Brasil, os sistemas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas são estruturados por meio das Redes de Atenção Psicossociais, sendo essa uma das respostas sociais das políticas públicas para atender às necessidades dos usuários de substâncias psicoativas. Essas redes são construções que datam de 2011, visando minimizar uma lacuna assistencial originada pela negligência à temática atrelada a abordagens criminalizatórias (ALVES, 2009). Devido à complexidade da problemática e a própria configuração dos sistemas assistenciais aos usuários de drogas, entende-se que esta rede vai além dos serviços especializados e do setor saúde (RUSH, 2010)

A portaria supracitada é enfática ao apontar que fortalecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais é um compromisso que deve ser firmado como modo de enfrentamento coletivo às situações ligadas às demandas de álcool e outras drogas. Fomentar o caráter de rede configura-se num caminho para a atenção integral dos usuários de álcool, crack e outras drogas, pois é a rede, em interação constante, quem cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reabilita e reconstrói existências, possibilitando efetivas alternativas de enfrentamento.

A Política Nacional sobre Drogas (SENAD, 2019) e a Portaria nº.3588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), postulam que uma abordagem por redes intersetoriais, interdisciplinares e transversais integradas possibilita abordar holisticamente o fenômeno, considerando o continuum de cuidados, com prevenção, tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica e reinserção social.

Ambas políticas públicas compactuam acrescentar à Rede de Atenção à Saúde (RAPS), além dos serviços de atenção existentes, a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, Unidades Ambulatoriais Especializadas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital dia, no entanto o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) não é considerado parte da rede de atenção ao usuário de álcool e/ou drogas.

Contudo, na presente pesquisa entende-se a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas como a conjunção de serviços e modalidades de atenção do SUS e da rede do Sistema Único de Assistência Social. Assim como dos recursos assistenciais comunitários, que

são dispositivos não governamentais de base comunitária, como por exemplo, as associações e as entidades socioassistenciais.

Nesse sentido no âmbito do SUAS o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ocupa importante papel, atuando para além dos encaminhamentos realizados para a saúde pública, servindo também como porta de entrada para os usuários. Trabalhando de forma prioritária como elo de reinserção social e emancipação destes, esclarecendo e promovendo a busca por seus direitos coletivos, buscando diminuir os prejuízos sociais causados pelas situações de extrema vulnerabilidade social do usuário prejudicado pelo uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas.

## 2 JUSTIFICATIVA

Diante do demonstrado aumento no consumo das drogas ilícitas e lícitas no Brasil, considerando que nos diversos segmentos sociais e de trabalho permeiam, crenças explicativas e culturais, estigmas e preconceitos, ancorados por concepções do senso comum, que reduzem em linhas gerais a identificação do usuário como dependente, impotente diante de si, portador de algum tipo de doença, condicionando-o a terapia medicamentosa e à busca pela abstinência, é de importância que os profissionais da proteção social básica conheçam os perfis dos usuários e a partir disso identifiquem novas possibilidades e concepções no que tange o trabalho com o usuário de drogas, sua família e comunidade.

Tendo em vista o pouco material referencial para o manejo e compreensão das situações que envolvem álcool e outras drogas no âmbito da assistência social, a presente pesquisa poderá trazer aos gestores, conselheiros, trabalhadores, usuários, parceiros públicos e entidades sociais a contribuição para a identificação das situações mais presentes e vivenciadas pelas famílias e indivíduos no território, e as ofertas do SUAS que podem contribuir na inserção, reinserção social, alcance de direitos e proteção social.

Além disso, considerando o entendimento de que a intervenção não é campo de atuação exclusivo de uma única política pública e/ou de uma disciplina, para fazer frente aos seus múltiplos aspectos é preciso políticas capazes de reconhecer as questões de saúde pública, segurança e exclusão social.

Panssini (2011) situa a intersetorialidade como uma estratégia que surge para superar a fragmentação e a fragilidade das políticas sociais, com vistas a combater as iniquidades sociais. Apontando também para a ideia de que a mesma possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante. Nesse sentido, a intersetorialidade, vem como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, um importante "ferramenta" para superação da setorialização das demandas sociais.

Para isso, faz-se necessário o entendimento e o levantamento de dados que digam das necessidades dos usuários aliadas às principais variáveis encontradas no trabalho cotidiano com o usuário, dando suporte ao trabalho exercido pelos profissionais, conseqüentemente ao atendimento aos usuários, assim como na intersetorialidade e na ampliação das políticas públicas aos usuários de álcool e/ou outras drogas.

Dado isso, qual a importância das políticas e serviços de assistência social quando pensamos no usuário de álcool e/ou outras drogas?

### **3 OBJETIVOS**

- Conhecer o perfil sociodemográfico e as necessidades acerca dos atendimentos da população que faz uso abusivo do álcool e outras drogas em um dos Centro de Referência em Assistência Social do município da Palhoça.
- Descrever os principais encaminhamentos presentes nos atendimentos relacionados ao uso/abuso de álcool e outras drogas, por meio de prontuários, de acordo com as características relacionadas ao usuário e/ou seus familiares.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o objeto de estudo desta pesquisa, foi realizada uma revisão narrativa da literatura para compor a fundamentação teórica, que vai tratar da história e conceitos do álcool e outras drogas, expondo também de forma breve as principais ações e políticas públicas sobre drogas de Santa Catarina, além do funcionamento e organização da rede interna de assistência social e como se dão as proteções sociais ao usuário de drogas nesse âmbito.

Segundo ROTHER (2007), a revisão narrativa permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica, sendo apropriada para descrever e discutir um determinado assunto, porém, não possui metodologia que permita a reprodução dos dados e nem fornece respostas quantitativas para questões específicas. Deste modo, o texto a seguir foi elaborado para proporcionar reflexão, compreensão e discussão sobre o problema a partir do embasamento científico reunido em literatura atual, artigos científicos, dissertações e teses, além do arcabouço político público acerca do tema

### 4.1 ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: HISTÓRIA E CONCEITOS

Desde a Pré-História os membros de diferentes culturas humanas fazem uso de substâncias naturais de origem vegetal e animal buscando mais do que alimentar-se, mas também obter efeitos úteis no combate à dor e às doenças, assim como no aumento do estímulo para as atividades do cotidiano e na obtenção de estados de êxtase que se tornaram manifestações do sagrado. O uso das substâncias era feito de acordo com uma série de princípios, leis e regras de conduta que organizam determinada sociedade, sua cultura e costumes, bem como sua forma de ver o mundo e de se organizar, fato que segue até os dias atuais.

“Existe uma universalidade dos usos de psicoativos desde a pré-história e sua identificação, localização, preparo e consumo são características estruturantes das formas de sobrevivência a partir da seleção da flora para identificação das plantas úteis. A exemplo da papoula (*Papaver Somniferum*), usado como remédio por sua ação analgésica, anti febril e antidiarréica” (SNAS,2016).

Nos séculos XV e XVI, especiarias como ópio, açúcar, tabaco e café eram trazidas e levadas pelas grandes navegações, tornando-se movimentadores da atividade econômica. No século XVII houve a grande expansão do álcool destilado assim como do tabaco, das bebidas excitantes e de outras substâncias. Em ambos os períodos as drogas ocupavam importantes papéis culturais, sociais e econômicos, utilizadas como veículos de cura, identidade e devoção. Como exemplo se tem o arroz na Ásia, o trigo e a cevada na Europa e Oriente Médio e o milho nas Américas, importantes alimentos e fontes de drogas psicoativas.

“Essa importância econômica das drogas vai crescer especialmente na história moderna, quando os ciclos mercantis das especiarias, do açúcar, das bebidas alcoólicas fermentadas e destiladas, dos excitantes cafeínicos (café, chá, chocolate, chimarrão, guaraná) e do ópio e do tabaco vão ser eixos articuladores da atividade comercial e da obtenção de rendas fiscais pelos estados na tributação desses produtos” (SNAS, 2016).

Para Macrae (2001) até esse momento o controle social relacionado às drogas tradicionalmente pretendia determinar os locais e os momentos adequados para os seus consumos, sem o intuito de controlar a quantidade de uso ou até mesmo buscar a abstinência, embora haja registros de que já na Antiguidade havia problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e ópio, fazendo menção à degradação de caráter e desvios comportamentais devido ao uso dessas e outras substâncias psicoativas.

Segundo o autor na revolução industrial, o consumo de estimulantes como chás e o café, eram muito comuns para auxiliar nas atividades laborais e na manutenção dos soldados. Já no século XIX, além dos extratos vegetais, passaram a existir os princípios ativos extraídos das plantas, dando origem a substâncias como a morfina, cocaína e cafeína, por exemplo. (MACRAE, 2001)

Nesse momento houve uma maior disponibilidade do álcool em sua forma destilada assim como um maior apelo das mídias ao seu consumo o que levou a um crescimento considerável da quantidade consumida em geral, criando-se um novo padrão de ingestão alcoólica, caracterizado pelo aumento dos casos de consumo agudo e também dos casos de consumo crônico. Outros usos também cresceram, a citar: morfina (usada como analgésico), tônicos, elixires e xaropes (utilizados como bebidas estimulantes). (CARNEIRO, 2016).

Para Macrae (2001), nos séculos XIX e XX, com as mudanças sociais traumáticas ocasionadas pelas guerras e o avanço do modo de exploração do trabalho fizeram

com que o uso abusivo de substâncias psicoativas se alastrasse, tornando-se um problema de âmbito internacional a ser combatido por meio de campanhas antidrogas. Em 1961 e 1971, foram assinados, por quase totalidade dos países do mundo, a Convenção Única de Viena e o Convênio Sobre Substâncias Psicotrópicas, respectivamente, visando proibir e erradicar a produção, o comércio e o consumo de forma repressiva. Apesar dos esforços malsucedidos de tais acordos, estes serviram como importantes pretextos para intervenções de políticas internas de diversos países.

Para Labate, Fiore e Goulart (2008) às substâncias psicoativas tornaram-se um problema de relevância social, recentemente constitui-se num campo científico que envolve tudo aquilo que abarca desde a produção, comercialização e consumo de alguma delas. Cientificamente são consideradas substâncias psicoativas qualquer substância química capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou comportamentais.

Segundo Silveira e Doering-Silveira (2014) no que se refere à terminologia, habitualmente são utilizados termos com grande imprecisão e estes são excessivamente genéricos como: “tóxicos”, “narcóticos” ou “psicotrópicos”. A diversidade de termos utilizada para designar as substâncias psicoativas, popularmente chamadas de drogas, reflete culturalmente e socialmente a evolução histórica de seu uso, além de fazerem referência aos diversos tipos de substâncias e seus distintos efeitos sobre aqueles que as consomem.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) droga “é toda substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (BRASIL, 2011). E para Lei 11.343 (BRASIL, 2006), mesmo após as inclusões da Lei nº 13.840 (BRASIL, 2019) considera-se como drogas “as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

Para a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (BRASIL, 2013):

“Uma droga não é por si só boa ou má. Algumas substâncias são usadas com a finalidade de promover efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas medicamentos. Existem, todavia, substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em certas situações e como tóxico em outras” (BRASIL, 2013).

De acordo com a instituição supracitada as drogas ilícitas são caracterizadas como substâncias psicoativas, cuja produção, venda ou uso é proibido, estas são submetidas às restrições legais cabíveis a cada jurisdição, enquanto as drogas lícitas são legalmente disponíveis, na maioria das jurisdições brasileiras, com ou até mesmo sem receita médica (BRASIL, 2013). Além de haver conceituações diversas para o termo “substâncias psicoativas” e sua categorização entre lícitas e ilícitas, elas também podem ser classificadas de acordo com a origem, a citar: naturais, semi sintéticas e sintéticas, e quanto ao efeito que causam no organismo, ou seja, depressoras, estimulantes ou perturbadoras.

No contexto deste estudo, emprega-se a definição de Lemos (2013), no que diz respeito às características químicas e físicas que classificam as substâncias denominadas psicoativas, que aponta para sua atuação no sistema nervoso central e suas propriedades reforçadoras do uso, que podem trazer consequências prejudiciais à saúde física e mental. Considerando-se o tipo de substância consumida, a quantidade utilizada, as características pessoais de quem as ingere e até mesmo as expectativas que se têm sobre os seus efeitos, fazendo com que o padrão de consumo se modifique de sujeito para sujeito.

Para além dessas características, tão mais importante, considera-se para este estudo o funcionamento do capitalismo social do início do século XX até os dias atuais proposto por Moreira (2006), a migração dos empregos para a automação, o aumento da produtividade e a necessidade constante de adaptação dos trabalhadores às novas tecnologias, apontando para a modificação das relações interpessoais e afetivas e o surgimento de categorias superficiais com alto fluxo de substituição por novidades e processos mais atualizados.

Tal contexto solicita do indivíduo constante superação de si mesmo e uma busca insana de exceder a expectativa que o outro possa ter sobre ele, ao mesmo tempo que o individualismo e a fragmentação constroem diversas incapacidades desse sujeito lidar com essa incessante necessidade de potencial, resultando em pessoas em completa distonia com o contexto onde vivem. Portanto:

“O jovem usuário, pelas condições sociais que antecedem e são exacerbadas pelo uso da substância, estabelece uma ruptura profunda com seu cotidiano, com a possibilidade de inserção produtiva na sociedade, que deixa mesmo de representar a contradição gerada pelas dinâmicas do capital e assume uma existência que, na sua extrema inadequação, não questiona o sistema, mas ratifica a sua existência como uma única forma possível” (NERY, F. A. e organizadores, 2009).

Com isso aponta-se para a incoerência gerada pela produção atual da vida no subjetivo dos sujeitos, que indica a importância que o particular adquire quando se faz necessária a saída desse sujeito da posição de consequência da sua condição socioeconômica e o torne ativo frente a si e ao mundo em que vive.

#### 4.2 AÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS EM SANTA CATARINA E NO BRASIL

No ano de 2007 a Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão e o Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN/SC (2007) criou o Manual de Orientações de Políticas Públicas sobre Drogas. O referido material tinha por objetivo:

- a) Sensibilizar gestores, representantes de entidades governamentais e não governamentais para a implantação e/ou implementação de políticas públicas municipais sobre drogas.
- b) Instrumentalizar representantes da sociedade civil e do governo municipal, através de ações integradas nos municípios.
- c) Estimular a criação de Conselhos Municipais de Entorpecentes, visando assistir aos municípios no que se refere à prevenção, tratamento, reinserção social, repressão e fiscalização na área das drogas.
- d) Assessorar os Conselhos Municipais e também as Comunidades Terapêuticas, parceiros da maior importância para juntos poderem realizar tão difíceis tarefas.

O Governo do Estado de Santa Catarina por meio do Decreto nº 1888, criado em 21 de novembro de 2008 (SANTA CATARINA, 2008), regulamentou o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização, Recuperação e Repressão de Entorpecentes e o Fundo Especial Antidrogas, com a finalidade de integrar diretrizes, estratégias e atividades destinadas à prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social de usuários e dependentes de drogas e combate ao tráfico de entorpecentes.

O referido decreto tinha por objetivos a promoção de ações educativas e de educação permanente, assim como a execução de serviços de prevenção, tratamento, reabilitação e fiscalização do uso de entorpecentes. Tendo como uma das principais ações a formulação da Política Estadual Antidrogas, em consonância com as diretrizes da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, compatibilizando-a com o Plano Nacional, bem como fiscalizar a sua execução.

Na data de 20 de maio de 2010, o Decreto n.7179 define o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (BRASIL, 2010), que tinha por fundamento a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras.

No ano de 2014, o Governo do Estado de Santa Catarina aprova o Plano Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas como adesão do estado ao programa Crack, é possível vencer (2012). O plano pretendeu contribuir para construção de uma rede de combate às drogas no que tange ao diagnóstico dos usuários, assim como propunha medidas de promoção e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas e também campanhas para divulgação dos serviços e redes, com a formação e qualificação permanente intersetorial dos profissionais das redes de atenção.

Fica importante salientar que no ano de 2019 no âmbito do governo federal foi implementada uma nova política nacional sobre drogas, que será desenvolvida em conjunto pelos ministérios da Cidadania, da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, dos Direitos Humanos, da Família e Mulher. Com intuito de embasar a prática do trabalho no SUAS fica importante evidenciar alguns pressupostos da então Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2019):

- a) Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas.
- b) Tratar sem discriminação as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- c) Reconhecer a necessidade de desenvolvimento de habilidades para a vida, como forma de proteção ao uso, o uso indevido e à dependência do álcool e outras drogas.
- d) Reconhecer a necessidade de novas formas de abordagem e cuidados e do uso de tecnologias, ferramentas, serviços e ações digitais inovadoras.
- e) Reconhecer a necessidade de alcançar o indivíduo e a sociedade, inclusive em formas e locais hoje inalcançados e buscar novos meios de lhes proporcionar informação, cuidado e assistência.
- f) Reconhecer a necessidade de capacitação e formação da rede relacionada à Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Álcool, nos âmbitos público e privado.
- g) Buscar garantir, por meio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação das políticas de educação, assistência social, saúde, trabalho, esportes, habitação, cultura, trânsito e segurança pública nos campos relacionados ao tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas, com uso de estudos técnicos e outros conhecimentos produzidos pela comunidade científica. (BRASIL, 2019, Lei nº 13.840, 2019, p. 3,4 e 5).

Ainda assim há outros pontos nesta mesma lei que vão em contrapartida daquilo que já vinha sendo estabelecido dentro das políticas e práticas públicas sobre drogas no Brasil, um deles prevê o tratamento ao dependente químico a partir de estratégias que tem por finalidade única a abstinência, excluindo a redução de danos como possibilidade para tal, expandindo setores que atuam transversalmente a esta perspectiva, como por exemplo, as comunidades terapêuticas. Além disso, a nova política caracteriza a questão das drogas como uma das principais causas da violência do país.

Segundo a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) (2003), a política de Redução de danos, que deixa de estar presente na nova PNAD (2019), em seu sentido mais amplo, teria nas ações no campo preventivo a melhor forma de reduzir e evitar danos causados pelas drogas. Políticas para grupos específicos como crianças e adolescentes deveriam sim buscar ações sociais com vistas a estimular padrões de abstinência, no entanto devem conjuntamente visar a ampliação, estímulo e implementação de fatores de proteção ao uso de drogas e a diminuição de fatores de riscos do consumo.

“O tratamento baseado na abstinência para a dependência química funciona e pode ser entendido, por este conceito mais ampliado, como a melhor política de redução de danos. Inúmeras evidências têm mostrado que as diferentes formas de tratamento funcionam. Infelizmente não funcionam tanto como gostaríamos, mas, quando existe um sistema diversificado de tratamento numa comunidade na qual os profissionais são bem treinados, as taxas de sucesso aumentam muito” (SCIVOLETTO et al., 2003, p. 342-343).

Para a Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2016) o estabelecimento de políticas que busquem o tratamento único pela abstinência, acaba por excluir aqueles pacientes que por algum motivo clínico ou social se mostram incapazes de se tornar abstinentes. Para estas situações específicas deveriam existir tratamentos particularizados onde a política de redução de danos surgiria como possibilidade para este paciente atingir objetivos realizáveis dentro das condições presentes. A recusa do paciente a se tornar abstinente nunca deveria ser motivo para a exclusão do tratamento.

Nota-se que as novas alterações inseridas na PNAD (2019) têm por base que a política de redução de danos faz parte de um plano político ideológico, quando na verdade ela passou a ser utilizada como estratégia de saúde a partir de seus importantes resultados científicos como, por exemplo, o oferecimento de agulhas e seringas na Inglaterra que poupou muitas vidas ao permitir que as pessoas não utilizassem material contaminado pelo HIV, na década de 1980.

“A redução de danos está focalizada no aumento ou na diminuição dos agravos consequentes ao uso de substâncias psicoativas. A posição predeterminada do uso de drogas como intrinsecamente bom ou ruim não tem significado neste contexto. Assim, a discussão sobre esta questão pressupõe a isenção de posições ideológicas” (SCIVOLETTO et al., 2003, p. 343).

Para a construção de políticas públicas esta pesquisa considera que se deve levar em consideração o contexto social, a atitude, a cultura, os comportamentos, os hábitos, a epidemiologia e os padrões do uso de drogas. Levando em conta que estes últimos, especificamente, sofrem influência direta da disponibilidade e das tradições com relação à formulação e fiscalização de políticas públicas relacionadas ao uso.

#### 4.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE INTERNA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Do ponto de vista legislativo, no Brasil, a Lei 12.435, sancionada em 2011 (BRASIL, 2011) organiza o setor, altera e institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), complementando a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993. Na prática, o SUAS vigora desde 2005 e garante uma gestão descentralizada e participativa dos serviços socioassistenciais, por meio de ações de territorialização, matriciamento familiar, gestão compartilhada e sistemas de informação. Atualmente o SUAS envolve gestores de 99,5% dos municípios brasileiros, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2015).

Fica importante salientar que os pilares da assistência social no Brasil são a Constituição Federal de 1988 e a LOAS, que estabelece os objetivos, princípios e diretrizes das ações. A assistência Social, política pública não contributiva, é dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar.

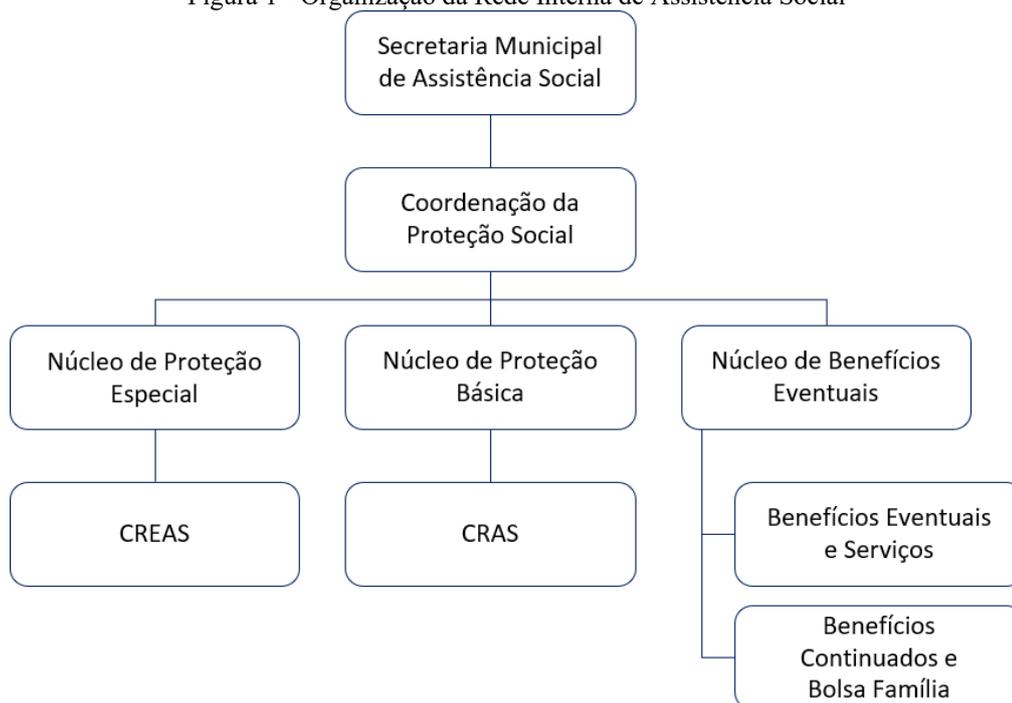
Ainda de acordo com a Lei 12.435 (BRASIL, 2011), a assistência social tem por objetivos, a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente para os grupos mais vulneráveis; a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos e a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

O SUAS pretende produzir seguranças sociais aos seus usuários, conforme necessidades e a situação de vulnerabilidade e risco em que se encontram, através de compromissos assumidos pelos seus gestores em todos os níveis, que podem resultar em:

“[...] medidas de resolutividade e efetividade dos serviços, a serem aferidas pelos níveis de participação e satisfação dos usuários e pelas mudanças efetivas e duradouras na sua condição de vida, na perspectiva do fortalecimento de sua autonomia e cidadania (BRASIL, Resolução n 109, 2009).

As aquisições específicas de cada serviço devem ser organizadas segundo tais seguranças sociais e devem produzir, de acordo com o MDS (2011), a Rede Interna de Assistência Social que se organiza conforme a Figura 1 – Organização da Rede Interna de Assistência Social.

Figura 1 - Organização da Rede Interna de Assistência Social



CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

Fonte: Elaborada pela autora (2022)

Nessa direção, o MDS (2011) se organiza considerando dois níveis de proteção: a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE). Na organização tanto das ações de PSB quanto das ações do PSE é preciso entender que o contexto

socioeconômico, político, histórico e cultural irá incidir sobre as relações familiares, comunitárias e sociais, gerando conflitos, tensões e rupturas, demandando, assim, trabalho social contextualizado.

A Proteção Social Básica oferta um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da Assistência Social, através do trabalho social de caráter continuado com famílias, que visa construção ou reconstrução dos vínculos familiares, de forma a estimular sua função protetiva, promovendo autonomia dos usuários em relação a sua cidadania, acesso e usufruto de direitos, assim como nas suas formas de relacionar-se dentro dos âmbitos particulares e sociais, a contribuir na melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, Resolução n.109, 2009).

O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) é a unidade pública estatal, descentralizada, responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica, e para isso está localizado em território de fácil acesso as famílias e indivíduos. O CRAS é a referência, no território de abrangência dos indivíduos, da oferta universal e gratuita da atenção às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social no âmbito do SUAS.

As equipes do CRAS atuam em sua maioria por meio do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), instituído em 2012, sendo realizado dentro do próprio equipamento, podendo contar também com o Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos (SCFV) e com o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas, que existem sob forma de convênios e devem estar sempre referenciados e manter a articulação com uma determinada equipe PAIF.

O trabalho social do PAIF deve ocupar espaços para além dos atendimentos particularizados das famílias, utilizando-se de ações nas áreas culturais e educacionais, visando ampliar o manejo e o alcance das assistências, proporcionando novas vivências às famílias (BRASIL, 2012). Às populações de baixa densidade ou bastante dispersas os atendimentos podem ser realizados pelo estabelecimento de equipes volantes ou pela implementação de CRAS itinerantes.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à família (PAIF) tem como objetivos:

- a) Fortalecer a função protetiva da família e prevenir a ruptura dos seus vínculos, sejam estes familiares ou comunitários, contribuindo para melhoria da qualidade de vida nos territórios;
- b) Promover aquisições materiais e sociais, potencializando o protagonismo e autonomia das famílias e comunidades;

- c) Promover acesso à rede de proteção social de assistência social, favorecendo o usufruto dos direitos socioassistenciais;
- d) Promover acessos aos serviços setoriais, contribuindo para a promoção de direitos;
- e) Apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares” (BRASIL, 2012, p.15).

Para auxiliar a família a atingir esses objetivos as Orientações Técnicas sobre o PAIF (2012) preveem algumas ações estratégicas, dentre elas, acolhida, oficinas com famílias, ações comunitárias, ações particularizadas e encaminhamentos (BRASIL, 2012).

Por fim, cabe dentro desta pesquisa a classificação de alguns serviços ofertados pelas Equipes Técnicas:

A Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, tais como: violência física, psicológica, negligência, abandono, violência sexual (abuso e exploração), situação de rua, trabalho infantil, práticas de ato infracional, situação relacionada ao abuso de drogas, fragilização ou rompimento de vínculos, afastamento do convívio familiar, dentre outras (MDS, 2011).

No que diz respeito às equipes que trabalham no Centro de Referência Especializado de Assistência Social, estas atuam em sua maioria através do Programa de Atenção Especial à família (PAEFI) que também é realizado dentro do serviço, e através do Serviço de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos (SCFV), que é realizado fora do equipamento através de convênios. O PAEFI tem como objetivos:

- a) Contribuir para o fortalecimento da família no desempenho da sua função protetiva;
- b) Processar a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidades;
- c) Contribuir para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários;
- d) Contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família;
- e) Contribuir para reparação de danos e da incidência de violação de direitos;
- f) Prevenir a reincidência de violações de direitos (BRASIL, Resolução n.109, 2009, p. 18).

Mais uma vez para que tais objetivos possam ser cumpridos, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2014) prevê algumas ações, dentre elas

vale destacar o acolhimento, escuta, diagnóstico socioeconômico, encaminhamento para outras ações e serviços, construção de plano individual e/ou familiar, atendimento psicossocial, orientação jurídico-social, mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio, dentre outros.

#### 4.4 A PROTEÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A proteção social ao usuário de álcool e outras drogas ofertada pelo SUAS envolve o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, superação e/ou enfrentamento da extrema pobreza, do trabalho infantil, da situação de mulheres vítimas de violência, da violência contra o idoso, da situação de rua e de outras desproteções. Essas situações são consideradas de risco por violação de direitos, tornando-se, portanto, responsabilidade também da política de assistência social que apresenta um papel fundamental na integração com a rede pública e privada de cuidado ao uso abusivo de SPA's (MDS, 2016).

Nesse sentido, as atenções no SUAS buscam considerar a diversidade do público e principalmente como este atua em seu cotidiano no território, sem perder de vista os efeitos negativos de construções históricas de negligência, preconceito e exclusão social a que as pessoas usuárias de álcool e outras drogas e suas famílias foram expostas ao longo dos anos, que possam estar refletidos nos dias atuais.

“Não se pode falar em usos de drogas somente a partir do concreto ou de fatos pontuais ou visíveis, mas deve-se considerar o imaginário social construído em torno das drogas e da invisibilidade das situações sociais e afetivas relacionais que perpassam os usos, os usuários e suas vivências no território” (MDS, 2016, p. 16).

Ao chamar a atenção para a pluralidade dos sujeitos e, portanto, para os distintos aspectos que envolvem o consumo do álcool e outras drogas, é imprescindível ressaltar as lacunas e riscos advindos da fragilização de vínculos familiares e comunitários, como por exemplo, as dificuldades na realização de atividades cotidianas, como trabalho, estudos, lazer e outros papéis sociais, como ser pai, mãe, companheiro, filho, amigo. Além da possibilidade de vivências com baixa autoestima, de sensação de culpa e derrota, de agressividade, de desconfiança de delírios, da segregação, preconceito e estigma e das privações vividas pelo não acesso às políticas públicas e pelo não exercício da cidadania (MDS, 2016).

Pode-se concluir então que os espaços familiares e sociais são repetidamente afetados, direta ou indiretamente, pelos reflexos e pelos desdobramentos do uso das drogas, denunciando conseqüentemente que o cuidado ao usuário deve ultrapassar o nível individual dessa questão, alcançando as esferas da prevenção, proteção e recuperação por meio da intersetorialidade, articulação e cooperação.

Nesse sentido pode-se observar que o trabalho no SUAS, não pretende caminhar para patologização ou construção de um tipo de usuário que possa ser acompanhado de forma lógica e pré-estabelecida pelas equipes, mas tem por objetivo o protagonismo deste em relação às questões que envolvem seu uso de drogas. E deve considerá-lo como pertencente a modos de produção de vida carregados por forças de regulação e controle social, onde este fica suscetível à construção de formas de vida suportáveis às condições de risco social em que se encontra. Buscando, portanto, a ampliação do olhar para a fragilização social da vida associada à questão das drogas.

Nesse sentido a assistência propõe algumas ações gerais que inicialmente possam contribuir para o manejo das questões relacionadas ao uso e/ou abuso de álcool e outras drogas, são elas:

- a. Proteção social nas situações de vulnerabilidade ou risco pessoal e social, com violação de direitos, associadas ao uso de crack e outras drogas;
- b. Alinhamento entre trabalho social do SUAS e de saúde do SUS;
- c. Ética, respeito à dignidade, diversidade e não discriminação;
- d. Contextualização das situações, em uma determinada realidade familiar, social, cultural e econômica;
- e. Fortalecimento das relações familiares, comunitárias e redes sociais de apoio;
- f. Respeito à autonomia e empoderamento, na reconstrução de trajetórias de vida;
- g. Singularidade e especificidades das situações atendidas;
- h. Articulação em rede na atenção a famílias/indivíduos;
- i. Redução de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais. (MDS, 2016, p. 21)

Partindo desse ângulo a Proteção Social Básica divide suas ações em serviços de prevenção, atendimento e reinserção social. Dentre as ações de prevenção faz-se importante salientar as orientações e ações preventivas individuais e intersetoriais sobre o álcool e outras drogas (SNAS, 2011).

Quanto os atendimentos, torna-se imprescindível apontar a identificação de situações de abuso/dependência de drogas, sensibilização para tratamento e encaminhamentos à saúde, além do acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade social e uso/abuso de drogas no território, inclusive no apoio após período de internação para tratamento

da dependência química e o desenvolvimento de ações integradas com a saúde (SNAS, 2011). No que diz respeito à reinserção social os pontos mais geradores de benefício ao usuário são o fortalecimento de vínculos familiares/comunitários e a articulação intersetorial para o retorno ao trabalho, educação ou atividades geradoras de renda e convívio social, dentre outras (SNAS, 2011).

Ainda segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social (2011) a Proteção Especial Básica (PSE) poderá fazer ações de abordagem social e identificação de famílias e indivíduos usuários de drogas, nas situações de rua e nos espaços públicos. Exercer trabalhos em parceria com consultório na rua, principalmente nos territórios com maior incidência de usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

A nível de atendimento a PSE pretende identificar, juntamente às famílias, situações de abuso e uso de álcool e outras drogas, sensibilizando-as quanto a seus padrões de uso e motivações, orientando sobre as alternativas oferecidas pelo território na superação das questões de vulnerabilidade social. Além disso, os atendimentos visam a articulação com recursos de apoio às famílias, assim como com os setores da saúde. Para finalizar e não menos importante, os atendimentos tem por primazia a reconstrução e fortalecimento de vínculos familiares, projetos de vida e a prevenção de agravamentos.

## 5 MÉTODO

A seguir apresentaremos os passos do método desta pesquisa.

### 5.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa básica documental retrospectiva exploratória, com abordagem qualitativa descritiva dialética, mediante levantamento 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 2015-2020. Destaca-se que o CRAS investigado se encontra em funcionamento desde o ano de 2010, tratando-se uma unidade de CRAS de porte médio, pública, que funciona segundo a Norma Operacional Básica do SUAS (BRASIL, 2006) que permite acompanhar um quantitativo de até 5000 famílias. A pesquisa foi realizada nos meses de junho e setembro de 2021, no entanto neste período foi necessário diminuir o número de funcionários no Centro de Referência em Assistência Social, devido ao agravamento dos casos de COVID-19, dessa forma optamos por realizar a pesquisa sem a inclusão do ano de 2021.

A pesquisa documental tem como base o levantamento de dados por meio de documentos. Estes podem ser escritos ou não, como filmes, vídeos ou fotografias, e documentos de órgãos públicos ou privados, como os prontuários de pacientes. Os documentos pesquisados são classificados como fontes primárias e secundárias.

Segundo Bravo (1991), são “documentos” todas as realizações produzidas pelo ser humano que mostre indícios de sua ação e que possam revelar suas ideias, opiniões, formas de atuar, viver e compreender um fenômeno social. Para Cellard (2008, p. 295):

“[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente”.

Para Lüdke e André (1986), a pesquisa documental permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, analisando um ou vários documentos na busca de identificar informações factuais para descobrir circunstâncias

sociais, econômicas e culturais com as quais podem estar relacionadas, confrontando-as às questões de interesse envolvidas.

Para Bailey (1982, p.84) os documentos constituem uma fonte não-reativa [...]. Podem ser considerados uma fonte natural de informações à medida que, por terem origem num determinado contexto histórico, econômico e social, retratam e fornecem dados sobre esse mesmo contexto. Independentemente do tipo de documento estudado, a atividade investigativa não poderá ser vista como simples descrição do documento, mas, também como:

"[...] tipo de observação que lida com todas as realizações sociais e ideias humanas, ou seja, o produto da vida social e, portanto, quando os documentos registram ou refletem isso, eles podem ser usados para estudá-lo indiretamente"(BRAVO, 1991, p. 283, tradução minha).

Identifica-se que a pesquisa é retrospectiva pois buscou estabelecer uma data do passado explorando os dados até uma determinada data justificada. Já quanto ao objetivo exploratório, verifica-se a busca pela maior familiarização com o tema juntamente com a construção de subsídios, com objetivo de não só determinar a relação existente entre o fenômeno e o problema a ser estudado, mas sobretudo conhecer o tipo de relação existente entre eles.

Já a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, o que permitiu que pudéssemos utilizá-la a partir da pesquisa documental, com intuito de captar o fenômeno do álcool e/ou outras drogas num conjunto maior do que apenas a soma da frequência em que ele aparece nos documentos/prontuários da proteção social básica. A análise qualitativa possibilitou a compreensão de estruturas e características presentes por detrás dos fragmentos e dados obtidos. Demo (2008) nomeia o processo da pesquisa qualitativa como objetivação, que significa evidenciar por meio do aprimoramento do método, das técnicas e dos instrumentos, uma aproximação maior possível do objeto no entendimento da sua lógica interna, colocando-o em seu contexto.

Quanto à abordagem descritiva dialética, ela pretende observar tal associação em sua totalidade, compreendendo as determinações e transformações que perpassam esses sujeitos, os quais não se colocam isoladamente diante dos registros, mas se posicionam de forma crítica. Portanto, não se almeja apenas descrever essa interface, e, sim, reconhecê-la dentro de sua complexidade. A dialética "[...] se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, o modo

de conhecimento exterior ao sujeito, e também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados” (DESLANDES; GOMES; MINAYO; NETO, 2002, p. 25).

## 5.2 CONTEXTO DA PESQUISA: PALHOÇA E O CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL

Palhoça é uma cidade de Santa Catarina, distante 19,4 km da capital Florianópolis, e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, o município apresenta uma área de 395 km<sup>2</sup> e de acordo com o último censo, ocorrido em 2019 possui a estimativa populacional de 171 797 habitantes.

O município conta atualmente com cinco CRAS, estando localizados por regiões subdivididas em bairros. O CRAS da Barra do Aririú, objeto deste estudo, abrange os territórios dos bairros de Vila Nova, Rio Grande, Nova Palhoça, Barra do Aririú e Pacheco, contando com uma equipe volante que atende os bairros do Aririú da Formiga, Furadinho, Pontal, Praia de Fora e Marivone. Considera-se que o total de sua população de abrangência é de cerca de 44.597 mil habitantes.

Em Palhoça o CRAS é a unidade pública estatal, descentralizada, responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica, sendo a referência, no território de abrangência dos indivíduos, tanto da oferta universal e gratuita, quanto da atenção às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O CRAS exerce uma função importante como serviço de porta de entrada para o atendimento de pessoas e familiares que fazem uso/abuso de álcool e/ou outras drogas, constituindo um equipamento essencial da rede de proteção social e vigilância socioassistencial, onde é oferecido espaço de acolhimento e atendimento psicossocial, de orientação e aconselhamento individual ou em grupo e acompanhamento familiar, visando promover a prevenção e ruptura das situações que envolvem o uso/abuso de álcool e outras drogas.

De acordo com levantamento feito pelo Centro de Referência em Assistência Social - CRAS Barra do Aririú (2019), o número de atendimentos realizados no ano de 2019 no serviço foi em média 260 casos mensais, sendo que 6,7% destes atendimentos tiveram demandas diretas

ao uso/abuso de drogas, sem contabilizar a porcentagem das demandas relacionadas a estes casos.

### 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida “como o conjunto que se pretende estudar e o indivíduo uma peça deste conjunto” (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2013, p. 4). A amostra é considerada uma “fração da população delimitada na pesquisa” (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2013, p. 4). Amostra pode ser probabilística ou não probabilística, sendo uma parcela da população, ou de determinado universo, definida de acordo com regras características previamente definidas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A população da pesquisa se constituiu pelos prontuários/fichas de atendimentos, realizados entre os anos de 2015 e 2020, armazenados no Centro de Referência em Assistência Social, da região da Barra do Aririú, do município de Palhoça - SC, composta em sua maioria por sujeitos entre 19 e 60 anos, que tinham demandas ou atendimentos relacionados ao uso/abuso de drogas. Os sujeitos da pesquisa tiveram acesso ao serviço por busca espontânea ou por encaminhamento da rede socioassistencial do município.

### 5.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

No âmbito instrumental, observamos o uso de dois grupos de categorias: as analíticas e as empíricas.

“As primeiras são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação. As segundas são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica” (MINAYO, 1998, p. 94).

O Manual de Orientações Técnicas para o Atendimento no SUAS aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas, os saberes profissionais e a cultura assistencial foram delimitados como categorias analíticas que além de colaborar no amadurecimento do

objeto e na delimitação do problema, orienta os estudos bibliográficos e de campo. Essas categorias analíticas, delimitadas enquanto palavras chave traduzem os pilares para a reflexão conceitual, tanto no trato com a literatura quanto no contato com os dados de campo.

Foram delimitadas também categorias empíricas à seleção, organização e sistematização dos dados sociodemográficos assistenciais para o uso/abuso de álcool e outras drogas na assistência, como unidades de codificação que respondem a um movimento dos dados do campo em relação às categorias analíticas. Como veremos na pesquisa, estas sintetizam unidades de contexto e de registro que apreendem a dinâmica do objeto de estudo na realidade empírica.

Para levantamento das categorias empíricas, foi utilizada a pesquisa documental por meio dos dados dos prontuários, sendo coletadas as informações por meio de uma tabela de inquirição (ANEXO A) - que continha dados referentes ao sexo, idade, escolaridade, forma de entrada no serviço, demanda de entrada no serviço, substância de uso abusivo, familiar que realizou o uso e idade deste, serviços realizados pelo CRAS e encaminhamentos a outros serviços. Em muitos dos casos optamos por inserir a idade e sexo de quem buscou o serviço em detrimento do familiar que fazia o uso abusivo de drogas, com objetivo de manter veracidade da organização do serviço.

Esta pesquisa realizou a coleta de dados em horários definidos pela chefia do CRAS e pesquisadores, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, preocupando-se em manter os dados de forma fidedigna ao documento. As informações coletadas foram tabuladas e armazenadas em planilhas do programa Microsoft Office Excel, compondo o banco de dados do estudo.

Para que pudesse ser iniciado o acesso aos prontuários enviou-se carta de solicitação à Secretaria de Assistência Social do município de Palhoça e à coordenação do Centro de Referência em Assistência Social do bairro Barra do Aririú do mesmo município. Também foi necessária a confirmação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Autorizada sob número 45213421.4.0000.0121.

Dadas as autorizações, iniciaram-se os levantamentos após um contato inicial e aceitação dos demais trabalhadores do local da pesquisa. Lembrando que não foi utilizada identificação dos pacientes, preservando seu sigilo e assegurando a confidencialidade e a

privacidade. Os dados obtidos foram usados exclusivamente para atender ao questionamento inicial da pesquisa, dessa forma, garantiu-se o respeito à dignidade e imagem dos indivíduos.

### 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Documentos realizados entre o período de 2015 e 2020;
2. Documentos com demandas de uso e/ou abuso de álcool e outras drogas relatadas em seu primeiro atendimento.

### 5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Documentos que apresentavam a ausência de mais de três informações pré-estabelecidas na tabela de inquirição (ANEXO A).
2. Documentos fora da região do CRAS estudado;
3. Documentos que estavam em posse dos técnicos para busca ativa dos usuários.

### 5.7 LEVANTAMENTO DE DADOS

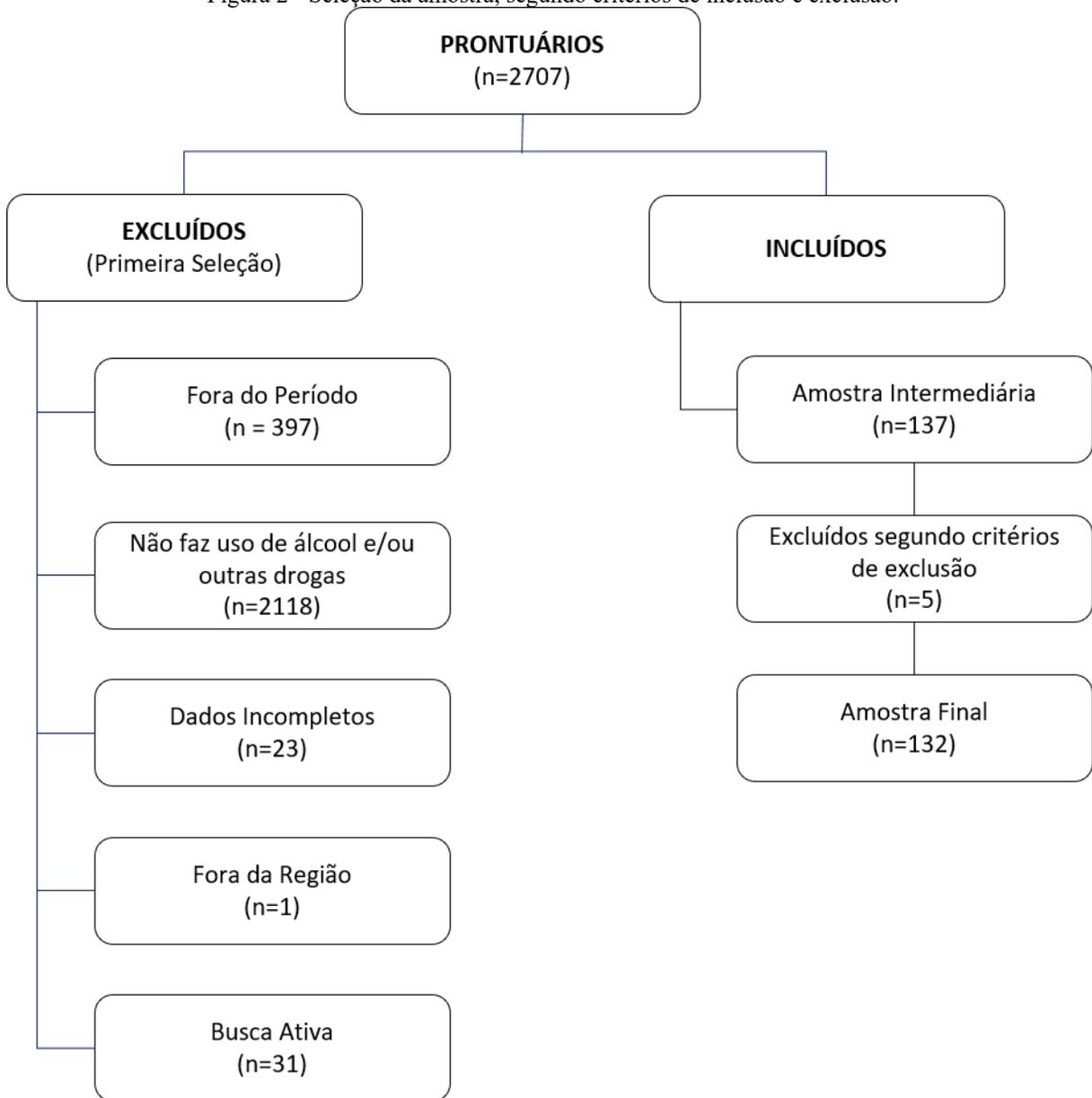
Foram adotados o uso de dados secundários obtidos a partir dos prontuários cadastrados no CRAS Barra do Aririú, partindo-se de um recorte analítico de cinco anos, precisamente entre os anos de 2015-2020. Destaca-se que a definição desta amostra se deu, pois, a fundação deste Centro de Referência ocorreu no ano de 2010 e a formatação do prontuário físico antes do período de 2015 ainda era bastante precária o que prejudicaria o levantamento de dados desta pesquisa.

O CRAS investigado se trata de uma unidade de porte médio, pública, que funciona segundo a Norma Operacional Básica do SUAS (BRASIL, 2006) que permite acompanhar um quantitativo de até 5000 famílias, apresentando hoje 2707 famílias cadastradas em prontuários.

Destes 2707 prontuários analisados, 397 deles foram excluídos por se encontrarem fora do critério de inclusão ano de elaboração e 2118 foram excluídos por estarem fora do critério de inclusão demanda inicial de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas. Em 23 dos prontuários não foi possível encontrar dados suficientes para realizar o levantamento por período e 31 prontuários não foram analisados por fazerem parte da busca ativa dos técnicos de

nível superior e 1 deles por não fazer parte da região de cobertura do equipamento, restando como amostra preliminar deste estudo 137 prontuários. O procedimento desta seleção está representado através da Figura 2 - Seleção da amostra.

Figura 2 - Seleção da amostra, segundo critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Elaborada pela autora (2022)

Dado isso, em segundo momento foi necessária uma nova seleção, onde 5 prontuários dos 137 foram excluídos por não apresentarem três ou mais dados contidos no instrumento de coleta como, por exemplo, idade, escolaridade e tipo de droga, restando como amostra final 132 artigos.

Os prontuários são físicos, escritos manualmente e organizados em arquivos separados por ordem alfabética, estando subdivididos por Arquivo Geral, Atendimento Pontual, Equipe Volante e Famílias Acompanhadas, ficando sempre armazenados no endereço do CRAS. Os documentos das famílias acompanhadas ficam sob responsabilidade da equipe técnica composta por uma psicóloga e uma assistente social e se referem às famílias que estão em atendimento sistemático naquele momento.

Os prontuários do arquivo geral são respectivos às famílias que já foram acompanhadas pelas equipes técnicas e posteriormente sofreram desligamento. Já os do atendimento pontual referem-se a atendimentos que ocorreram pontualmente. E os demais prontuários são referentes às regiões atendidas pela Equipe Volante que são subdivididos entre Arquivo Geral e Famílias Acompanhadas e seguem a mesma organização dos arquivos citados anteriormente.

Dado isso, dos 423 prontuários do Arquivo Geral, 95 foram excluídos pelo critério de inclusão ano de elaboração do prontuário, 6 por não apresentarem dados suficientes para coleta de dados e 296 por não apresentarem demandas de uso/abuso de álcool e outras drogas, restando 26 prontuários para análise de dados da pesquisa.

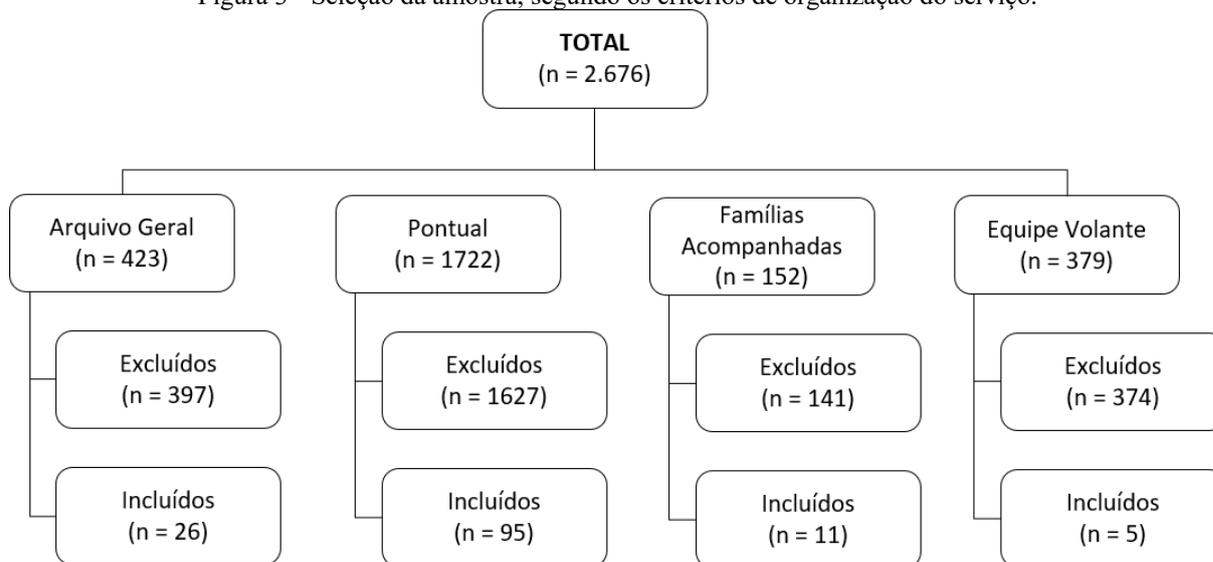
Quanto ao Atendimento Pontual, dos 1722 prontuários analisados, 299 foram excluídos pelo ano de elaboração do prontuário, 17 por não apresentarem dados suficientes para coleta de dados e 1311 por não contarem com demandas iniciais de uso/abuso de álcool e outras drogas, restando 95 prontuários para análise do estudo.

As Famílias Acompanhadas das equipes PAIF e da Equipe Volante contavam com 152 prontuários, nos quais todos se encontravam dentro do critério de inclusão quanto ao ano de elaboração do prontuário. E foram excluídos 141 por não apresentarem demandas iniciais uso/abuso de álcool e outras drogas, restando 11 prontuários para análise do estudo.

Quanto aos prontuários referentes a Equipe Volante dos 379 prontuários do Arquivo Geral, 3 foram excluídos por estarem fora do critério de inclusão ano de elaboração, 1 por estar fora da região de abrangência do CRAS e 370 por não apresentarem demandas relacionadas ao objeto de estudo da pesquisa, restando 5 prontuários para análise.

Com objetivo de melhor representar a seleção descrita acima foi construído a Figura 3 demonstrando a seleção da amostra segundo critérios de organização do serviço.

Figura 3 - Seleção da amostra, segundo os critérios de organização do serviço.



Fonte: Elaborada pela autora (2022)

## 5.8 ANÁLISE TEMÁTICA DE DADOS

Na busca de compreender a nossa indagação inicial adotaremos a técnica de análise temática de dados. Esse modo de análise tem por base duas funções, a primeira é responder às questões propostas inicialmente, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e a segunda é ampliar o olhar do fenômeno, para além do que aparentemente está sendo manifestado nos fragmentos das mensagens (nesse caso, dos prontuários e formulários de registro), com a pretensão de articulá-lo ao contexto do qual faz parte (MINAYO, 2001, p. 74).

Pode-se dizer que para Minayo (2001) a análise segue as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase faremos a caracterização do material, obtendo as unidades de registro e de contexto (idade, sexo, bairro, etc.). Na fase da exploração, iremos registrar impressões sobre os mesmos e orientações para realizar sua análise, aplicando aquilo que foi delimitado na primeira fase. Na terceira fase, no tratamento dos resultados obtidos, devemos encontrar aquilo que está subjacente ao conteúdo manifesto, “Sem excluir as informações estatísticas, nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando” (MINAYO, 2001, p.76).

A interpretação, de acordo com Minayo (2001), será feita a partir de dois pontos principais, o ponto das determinações fundamentais que trará da fase exploratória os

dados do contexto histórico, social, econômico e político em que está situado o fenômeno. E o segundo ponto baseia-se no encontro que realizamos com os fatos surgidos na investigação. Gostaríamos de salientar que assim como a autora entendemos que a pesquisa tem como ponto de chegada a fala dos seus atores sociais, e é analisada a partir de tudo que fica compreendido dentro dessa fala.

A autora ainda coloca aponta três passos a serem vistos neste tipo de análise, o primeiro é a ordenação dos dados, que seria o seu mapeamento, a releitura e organização do material coletado nos documentos. O próximo passo é a classificação dos dados, que seria o desenvolvimento das categorias específicas, construídos a partir das leituras prévias e da determinação dos conjuntos das informações presentes na comunicação, sobre as necessidades presentes nos atendimentos diretos e relacionados ao uso/abuso de álcool e/ou outras drogas. E o último passo é a análise final, que pretende “estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos” (MINAYO, 2001, p.78)

## 5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi submetido à Secretaria de Assistência Social do município de Palhoça (ANEXO B) para solicitação das autorizações necessárias para realizar a pesquisa nos prontuários. Também foi consultado o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob número 45213421.40000.0121, com os mesmos intuitos, conforme recomendações do Ministério da Saúde para condução de pesquisas com seres humanos.

Diante da impossibilidade do contato com cada participante, fez-se de extrema importância a aprovação da dispensa do TCLE, além da anuência da instituição detentora dos prontuários. Por meio do levantamento de prontuário, identificou-se idade, sexo, se o uso/abuso se dá por álcool e/ outras drogas, assim como as variáveis de risco social como, por exemplo conflito familiar, insegurança alimentar, violência doméstica, entre outros.

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos por se tratar de levantamento de prontuários já coletados no Centro de Referência de Assistência Social. O sigilo das informações levantadas está assegurado pelo Termo de Compromisso e

Confidencialidade junto a instituição, o qual garante que as informações não serão divulgadas fora desse projeto.

Dado a pesquisa ser realizada em prontuário é garantido o direito de retirar-se a qualquer momento dessa pesquisa sem qualquer prejuízo à comunidade de qualquer benefício que esta tenha obtido junto à instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. Não houve despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não houve compensação financeira relacionada à sua participação.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP e o cronograma foi devidamente cumprido. O orçamento foi de inteira responsabilidade do pesquisador principal.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Atendendo aos dispositivos legais do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, os resultados desta pesquisa estão apresentados por meio de dois artigos científicos intitulados: **(1) “ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”** e **(2) “INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE MENTAL: ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA PROTEÇÃO BÁSICA SOCIAL”** a serem submetidos em periódico reconhecido pelo sistema de avaliação vigente. A dissertação aqui apresentada será defendida em sessão pública compondo requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

## 6.1 PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO

### “ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”

### “ANALYSIS OF THE SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE SCOPE OF SOCIAL ASSISTANCE”

### “ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA SOCIAL”

Carolina Ortiz

Fátima Büchele Assis

## RESUMO

Com objetivo de levantar o perfil sociodemográfico e necessidades buscadas pelos familiares relacionadas ao uso de substâncias psicoativas em um dos CRAS do município da Palhoça realizou-se um estudo documental exploratório por meio dos prontuários do serviço entre os anos de 2015 e 2020. Dos 2707 prontuários, que correspondem a 95,85% das famílias inscritas, 132 utilizaram o serviço com demandas ligadas ao abuso de SPA's em seu primeiro atendimento. Houve prevalência de 78,7% do abuso pelo sexo masculino; 49,2% com idades acima de 34 anos, com maior prevalência para o consumo do álcool em pessoas acima de 34 anos e múltiplas drogas entre 14 e 34 anos; 82,5% dos indivíduos não tiveram os dados de escolaridade preenchidos. Das necessidades trazidas ao CRAS, 55,29% estão relacionadas ao abuso de pelo menos um familiar, estando atreladas a estas, demandas de desemprego, insegurança alimentar e evasão escolar. Dos encaminhamentos, 38% se deram para o CAPSad. Esse estudo também mostrou os estigmas ligados ao gênero e a relevância e subnotificação dos dados de escolaridade.

**Palavras-chave:** Assistência Social; Álcool; Drogas; Saúde Mental; Saúde Coletiva.

## INTRODUÇÃO

As sociedades humanas têm se transformado ao longo da história, através de religiões, de fenômenos da natureza, do advento da ciência, entre outros. Tais sociedades, em sua grande maioria, exerceram, durante muito tempo, métodos cruéis no controle e regulação dos

indivíduos a partir de seus corpos, buscando um aumento de suas habilidades e, ao mesmo tempo, uma obediência severa, tornando-os assim, corpos úteis. A esse mecanismo, Foucault (1999) nomeou como *disciplina*, ou *sociedade disciplinar*:

“Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’” (FOUCAULT, 1999, p. 119).

E assim surgem os exércitos e as guerras por dominação destes corpos. De acordo com Pasqualini (2004), com a implantação do modelo Fordista de produção, que incorporou os ensinamentos de Frederic Taylor de dividir a produção em tarefas especializadas nas linhas de produção para montagem de automóveis, é iniciado então um novo conceito de interdependência entre produção e consumo que dá início ao monitoramento dos indivíduos a fim de verificar sua eficiência. Neste contexto, Deleuze (1990) propõe um novo tipo de sociedade em ascensão: a *sociedade de controle*.

A fábrica constituía os indivíduos em um só corpo, para a dupla vantagem do patronato que vigiava cada elemento na massa, e dos sindicatos que mobilizavam uma massa de resistência; mas a empresa introduz o tempo todo uma rivalidade inexprível como são emulação, excelente motivação que contrapõe os indivíduos entre si e atravessa cada um, dividindo-o em si mesmo (DELEUZE, 1990).

Portanto, na sociedade de controle, os próprios indivíduos passam a vigiar e controlar a si mesmos, até mesmo nas esferas psíquicas e simbólicas. Mesmo que haja uma certa sensação de liberdade e de aceitação crescente, principalmente devido à expansão Internet e pelas quebras de barreiras de comunicação ao redor do planeta, no mundo físico, longe das telas, ainda há preconceito, exclusão, punição e, acima de tudo, tentativas de controle dos corpos, principalmente dos corpos desviantes da padronização social.

Considerando que é a partir do simbolismo e do conjunto de motivações dos indivíduos que transformam uma substância psicoativa qualquer em droga (MACRAE, 2001), pode-se compreender que a experiência precede a droga e, nas sociedades modernas, estas se tornaram um mecanismo regulador de angústia diante da dominação dos corpos e do sacrifício de grupos marginalizados pelo Estado, em prol de uma sociedade mais “controlada”.

“É nesse contexto que ocorre o desenvolvimento de uma das últimas tentativas dos indivíduos encontrarem o recurso singular para essa angústia, essa tentativa é a droga, que evolui de forma homóloga a uma “lei da selva” e nega o encontro da toxicomania com o nirvana almejado” (OLIVENSTEIN, 2009, p. 271).

Assim, abuso de SPA's tornou-se um fenômeno de saúde pública com diferentes respostas e padrões de consumo, e para compreendê-lo, este estudo entende que o potencial e variação do uso e/ou abuso irá se modificar a partir dos modelos sociais, econômicos e das práticas culturais vigentes, revelando que o abuso socialmente desintegrado também é uma manifestação da contemporaneidade (MACRAE, 2017).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2022), cerca de 284 milhões de pessoas - na faixa etária entre 15 e 64 anos - usaram drogas em 2020, 26% a mais do que dez anos antes. Os jovens estão usando mais drogas, com níveis de uso em muitos países superiores aos da geração anterior. Na África e na América Latina, as pessoas com menos de 35 anos representam a maioria das pessoas em tratamento devido a transtornos associados ao uso de drogas. Conforme o III Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (BASTOS, 2015), realizado nas 108 maiores cidades do Brasil o equivalente a 4,9 milhões de pessoas usaram substâncias ilícitas.

Com o crescimento dos processos de industrialização e urbanização e com a inserção de uma nova ordem médica a partir do início do século XX, foi possível pensar-se novos modelos de cuidado e saúde para o uso abusivo de drogas, considerando-se principalmente os determinantes sociais e políticos envolvidos nesta questão, representado significativamente, pelo avanço da implementação da política de redução de danos. No entanto, a nova PNAD aprovada pelo governo federal em abril de 2019 retoma em partes o modelo do início do século XIX pautado na lógica da abstinência como abordagem preferencial, voltando-se para práticas repressivas e proibicionistas para o consumo de SPA's.

No caso do Brasil, país em desenvolvimento com mais da metade da população negra, a “raça” (ou “racismo”) tem um lugar importante e justificável na racionalidade do biopoder. Pensando além da luta econômica de classes, Mbembe (2016, p. 17), aponta que a distinção de raças foi e é “a sombra sempre presente sobre o pensamento e a prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros – ou dominá-los”. Esta é uma realidade diária no contexto brasileiro, em que as políticas de

combate ao tráfico de drogas nas favelas têm se tornado cada vez mais violenta ao longo dos últimos anos.

Entretanto, ainda que se deem as defasagens históricas e políticas e retrocessos das práticas criminalizatórias, com a cobrança por melhorias de condições dos direitos humanos, o Estado permanece se organizando de forma a estruturar redes para responder às mais complexas e diversas necessidades que envolvem o consumo de drogas no Brasil. A exemplo disso, tem-se a manutenção da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que inseriu as Redes de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

Complementando esse modelo estrutural de saúde, a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019) subsiste que abordagens realizadas por redes intersetoriais, interdisciplinares e transversais integradas possibilitam abordar de forma mais completa o fenômeno das drogas, considerando os múltiplos fatores que englobam a integralidade desse cuidado.

Dada a complexidade da problemática e da configuração dos sistemas assistenciais aos usuários de drogas, a presente pesquisa entende que as redes de atenção se dão para além dos serviços especializados e dos setores da saúde, buscando demonstrar a importância da Política de Assistência Social na conformação de uma rede de proteção socioassistencial, com ações de prevenção, proteção, de tratamento e de reinserção aos usuários de SPA's e seus familiares.

No âmbito do SUAS o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) atua realizando o acolhimento ao usuário e a articulação deste com os demais setores de saúde pública e privada, servindo então como porta de entrada e participando de forma ativa da rede, mesmo que de maneira não instituída. Trabalhando principalmente em função da multiplicidade de determinantes sociais que envolvem o abuso de drogas, os espaços coletivos e familiares de possível risco e proteção, esclarecendo e promovendo a busca pelo direito do usuário e seus coletivos.

Dado isso, o presente artigo tem por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e necessidades da população que utiliza da ação prioritária de programas e políticas governamentais, buscando verificar a necessidade e importância da política de assistência social dentro da rede de atenção psicossocial que atende o usuário de álcool e outras drogas, por meio das seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, forma de entrada no serviço, demanda de entrada no serviço, substância de uso abusivo, familiar que realizou o uso e idade deste. Assim, acredita-se que o acompanhamento e evolução das necessidades do usuário e o perfil dos usuários que integram as redes de saúde, mesmo que indiretamente, permitem que diferentes

atores possam identificar e avaliar as mudanças ocorridas na sociedade, assim como a eficácia e efetividade das políticas.

## **MÉTODO**

Foi realizada pesquisa documental retrospectiva exploratória por meio do uso de dados secundários obtidos a partir dos prontuários cadastrados no Centro de Referência em Assistência Social - Barra do Aririú, partindo-se de um recorte analítico de cinco anos, precisamente entre os anos de 2015-2020. O CRAS investigado neste estudo se trata de uma unidade pública, de porte médio, que funciona segundo a Norma Operacional Básica do SUAS (BRASIL, 2006) que permite acompanhar um quantitativo de até 5000 famílias, apresentando hoje 2707 famílias cadastradas em prontuários. A pesquisa não utilizou o ano de 2021, por intercorrências advindas da COVID-19.

A abordagem utilizada para arguição foi a análise temática, que se deu de forma qualitativa descritiva dialética e utilizou-se de técnicas básicas de estatística descritiva as quais por definição objetivam apresentar dados de uma determinada população, fenômeno ou de constituir relações entre variáveis sexo, idade, escolaridade, forma de entrada no serviço, demanda de entrada no serviço, substância de uso abusivo, familiar que realizou o uso e idade deste, permitindo a construção de gráficos, tabelas, planilhas e figuras, com o intuito de organizar os dados para uma melhor visualização das informações obtidas durante a coleta, ampliando o olhar do fenômeno para além do que aparentemente está sendo manifestado nos dados dos prontuários, com a pretensão de articulá-los ao contexto cultural do qual fazem parte (MINAYO, 2001, p. 74).

Foram analisados um quantitativo de 2707 prontuários registrados entre os anos de 2015 e 2020, o que conforma 98,85% dos prontuários presentes na instituição até a data da finalização da pesquisa (setembro de 2021). Em cada prontuário estão presentes as informações da família, portanto seus dados sociodemográficos e de identificação. Estes podem ser preenchidos no primeiro atendimento ou à medida que a família participa das ações desenvolvidas pela instituição.

Dos 2707 prontuários registrados, 31 foram excluídos por fazerem parte da busca ativa dos técnicos, portanto dos 2676 prontuários restantes, 397 deles foram excluídos por se encontrarem fora do critério de inclusão ano de elaboração e 2118 foram excluídos por estarem

fora do critério de inclusão demanda inicial por uso/abuso de álcool e/ou outras drogas. Em 23 dos prontuários não foi possível encontrar dados suficientes para realizar o levantamento inicial de inclusão e 1 deles foi excluído por estar fora da região de cobertura da unidade do CRAS da Barra do Aririú.

Dos 137 prontuários obtidos na amostra preliminar, 5 deles não puderam ser utilizados por terem ausência de mais de 3 dados presentes no instrumento de coleta. Sendo assim, constatou-se 132 cadastros com a presença de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas pela pessoa de referência ou por algum de seus membros familiares, resultando numa frequência relativa (fr:) de 5,11% das famílias analisadas.

Essa pesquisa foi autorizada sob número 45213421.40000.0121.

## RESULTADOS

Considera-se para fins desta pesquisa que nenhum dos atendimentos os quais geraram os prontuários pesquisados foram realizados por pessoas menores de 18 anos. Os dados que aparecem nas tabelas subsequentes se referem aos menores usuários de álcool e/ou drogas trazidos ao serviço como demanda por seus familiares responsáveis.

Os dados referentes a distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes inseridos na pesquisa podem ser observados na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

<b>SEXO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Feminino	104	78,7
Masculino	28	21,12
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>		
18-24	5	3,78
25-34	23	17,42
35-44	37	28
45-54	35	26,5
55-64	18	13,63
65-74	9	6,81
74-80	5	3,78
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Não Alfabetizado	0	0
Alfabetizado	12	9,09
Ensino Fundamental I e II	8	6,06
Ensino Médio Completo e Incompleto	3	2,27
Ensino Superior	0	0
Não identificado	109	82,57

Fonte: Elaborada pela autora (2022)

Quanto à idade, de acordo com a Tabela 2, tem-se maior predomínio de consumo por mulheres acima dos 34 anos, com prevalência de 64,28% (n=18), seguido de 17,85% (n=5) com idade entre 14-24 e 14,28% (n=4) com idade entre 25 e 34 anos. Já em relação ao consumo masculino também foi possível observar maior prevalência em idades acima de 34 anos, que apresentou 45,19% (n=47) dos casos, seguido por 30,76% (n=32) com idade entre os 14 e 24 anos, seguido por 16,34% (n=17) com idade entre os 25 e 34 anos.

Tabela 2 - Sexo x SPA's x Idade de quem faz o uso abusivo. Palhoça, SC, 2015-2020.

SEXO	IDADE (anos)	Álcool	Cocaína	Maconha	Crack	Múltiplas	N.E.	Total por Idade
Feminino	14 – 24			2	1	1	1	5
	25 – 34			1		3		4
	< 34	3	2	1	1	10	1	18
	N.E.						1	1
Masculino	14 – 24	2	2	12	2	10	4	32
	25 – 34	3	2	1	2	8	1	17
	< 34	22	1	1	6	14	3	47
	N.E.	1			1	3	3	8
<b>Total por SPA's</b>		<b>31</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>49</b>	<b>14</b>	<b>132</b>

N.E.: não especificado; SPA's: substâncias psicoativas  
Fonte: Elaborada pela autora (2022)

Quando realizado cruzamento de dados da idade com o tipo de droga utilizada, é possível observar, em indivíduos de ambos os sexos, com idade acima de 34 anos, pouca diferença significativa entre a prevalência para o álcool (18,93%; n=25) e a prevalência para múltiplas drogas (18,18%; n=24). Já para indivíduos com idades entre 14 a 34 anos observa-se baixa prevalência de consumo para o álcool (3,78%; n=5), com maior prevalência no consumo de múltiplas drogas (16,66%; n=22), seguido do uso da maconha (12,12%; n=16).

Nas informações referentes ao gênero dos indivíduos, foi possível observar que a prevalência do uso para o sexo masculino foi de 78,7% (n=104), já para o sexo feminino 21,2% (n=28). Essa característica também aparece quando observado o consumo específico de uma determinada SPA, o álcool, por exemplo, para o sexo masculino teve prevalência consumo de 21,2% (n=28), enquanto o consumo feminino para a mesma substância teve prevalência de 2,2% (n=3).

Ainda quanto ao sexo consideramos importante a contribuição dos dados da Tabela 3 - Sexo de quem busca pelo serviço x Idade de quem buscou o serviço x familiar que faz abuso de SPA's – onde foi possível observar que 95,83% (n=92) das pessoas que buscaram o atendimento para ao menos um de seus familiares eram do sexo feminino e 4,16% (n=4) do sexo masculino. E que destas buscas por atendimento realizadas por mulheres, 82,60% (n=76) eram referentes a uso abusivo realizado por seus cônjuges e filhos do sexo masculino, 9,78% (n=9) a filhas do sexo feminino e 7,60% (n=7) a outros familiares.

Lembrando que nesta tabela consideramos apenas os dados dos casos onde as pessoas buscaram atendimento para ao menos um de seus familiares, que foi de 72,72%, (n=96), restando 27,27% (n=36) para pessoas que procuraram atendimento para si.

Tabela 3 - Familiar que buscou o serviço x Idade de quem buscou o serviço x Familiar que faz abuso de SPA's.

SEXO	IDADE (anos)	Cônjuge (M)	Cônjuge (F)	Filho	Filha	Outros familiares	TOTAL
Feminino	14 – 24			29	9		38
	25 – 34	4		8		1	13
	< 34	19		7		6	32
	N.E.	6		3			9
Masculino	14 – 24			1			1
	25 – 34					1	1
	< 34		1			1	2
	N.E.						
<b>TOTAL</b>		<b>29</b>	<b>1</b>	<b>48</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>96</b>

N.E.: não especificado; SPA's: substâncias psicoativas; M: masculino; F:feminino  
 Fonte: Elaborada pela autora (2022)

Na Tabela 4 - Escolaridade x Idade x Sexo de quem fez o uso abusivo - notou-se que a prevalência de mulheres que não tiveram os dados de escolaridade identificados foi de 55,55% (n=17) seguido daquelas alfabetizadas com prevalência de 21,42% (n=6) e daquelas que estavam cursando ou haviam concluído o Ensino Fundamental II que foi de 11,11% (n=3). Já as mulheres que concluíram o Ensino Médio tiveram prevalência de 7,40% (n=2) e que cursaram de forma incompleta 3,70% (n=1). Para o sexo masculino a prevalência de casos com a escolaridade não identificada foi de 89,32% (n=92), seguida de 5,82% (n=6) para alfabetizados e 4,85% (n=5) para homens que estava cursando ou haviam concluído o Ensino Fundamental I.

Tabela 4 - Escolaridade x Idade x Sexo de quem fez o uso abusivo de SPA's

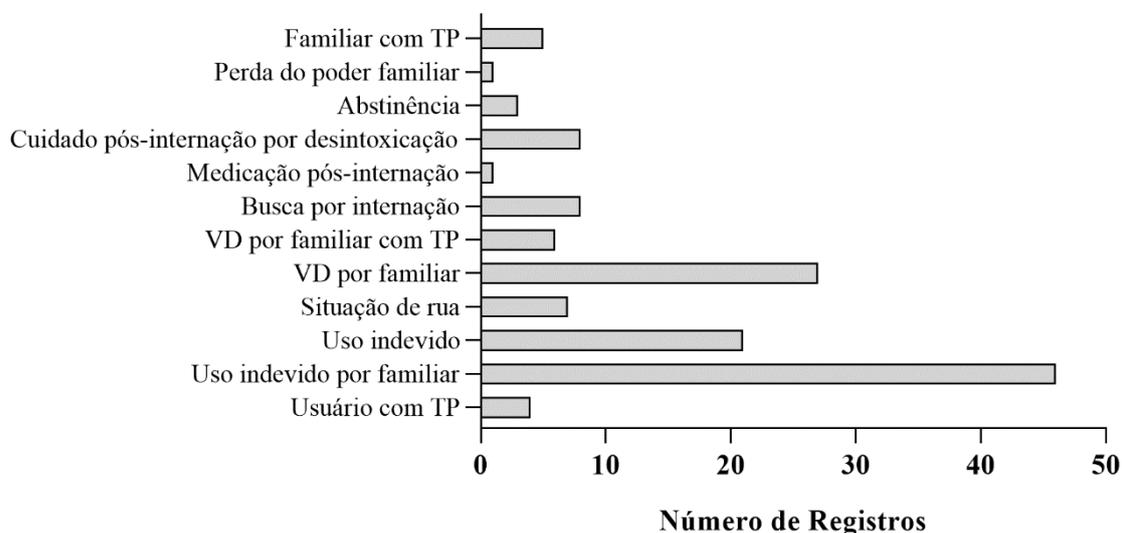
SEXO	IDADE (anos)	GRAU DE ESCOLARIDADE								Total por Idade	
		N.A.	Alf.	Fund. I	Fund. II	E.M.I.	E.M.C.	E.S.	N.I.		
Feminino	14 – 24				2					10	12
	25 – 34		1							1	2
	< 34		5		1	1	2			4	13
	N.E.									2	2
Masculino	14 – 24									28	28
	25 – 34									19	19
	< 34		6	5						35	46
	N.E.									10	10
<b>Total por Grau de Escolaridade</b>			<b>12</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			<b>109</b>	<b>132</b>

N.A.: não alfabetizado; Alf.: alfabetizado; Fund.: fundamental; E.M.I.: ensino médio incompleto; E.M.C.: ensino médio completo; E.S.: ensino superior; N.I. não identificado

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022)

Na Figura 4 - Necessidades trazidas ao serviço do CRAS - obteve-se prevalência de 34,84% (n=46) dos casos para uso abusivo por ao menos um familiar, 20,45%, (n=27) dos casos por violência doméstica praticada por familiar sob uso abusivo, 15,90% (n=21) por uso abusivo próprio, 6,06% (n=8) se deram pela busca de cuidados pós- internação por desintoxicação e também pela necessidade de internação (compulsória), e a prevalência de pessoas em situação de rua por uso abusivo de SPA's foi de 5,03% (n=7). Considera-se que para algumas famílias houveram mais de uma necessidade associada ao uso abusivo de drogas.

Figura 4 - Necessidades trazidas ao serviço do CRAS.



TP: Transtorno Psiquiátrico; VD: Violência Doméstica.

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022)

Ainda corroborando com as necessidades trazidas pelos usuários ao serviço do CRAS e a importância para os encaminhamentos realizados no serviço, encontram-se diversas demandas trazidas ao serviço junto às necessidades relacionadas ao uso abusivo de SPA's, como por exemplo, desemprego, insegurança alimentar e habitacional, busca por benefícios concedidos pela assistência social, evasão escolar, acesso à saúde, direitos da família, conflito familiar, entre outros. Quando analisados os encaminhamentos realizados pelo CRAS a partir de demandas de uso de SPA's, pode-se observar que 38% (n=58) dos casos tiveram encaminhamento para o CAPSad, 11,3% (n=15) não tiveram qualquer encaminhamento referente ao abuso de SPA's, 6,8% (n=9) foram para o conselho tutelar, 9% (n=13) se deram para o serviço do CREAS e também para as UBS e 5,3% (n=7) Poder Judiciário e DPU.

## DISCUSSÃO

Dada a pesquisa houve a prevalência de 78,7% do abuso pelo sexo masculino; 49,2% com idades acima de 34 anos, com maior prevalência para o consumo do álcool em pessoas acima de 34 anos e múltiplas drogas entre 14 e 34 anos; 82,5% dos indivíduos não tiveram os dados de escolaridade preenchidos. Das necessidades trazidas ao CRAS, 55,29% estão relacionadas ao abuso de pelo menos um familiar, estando atreladas a estas, demandas de

desemprego, insegurança alimentar e evasão escolar. Dos encaminhamentos, 38% se deram para o CAPSad.

Observou-se que os dados desta pesquisa corroboraram com pesquisa elaborada em CAPSad do município de Blumenau onde 88,15% dos prontuários analisados foram do sexo masculino e 11,85% do sexo feminino, assim como em pesquisa realizada em município da Paraíba, onde 87% da população atendida era do sexo masculino e 13% do sexo feminino (FARIA; SCHNEIDER, 2009). Quando especificado o tipo de droga, pesquisa realizada pela Fiocruz (2017) mostra que uma maior proporção de homens (74,3%) reportou o consumo de bebidas alcoólicas na vida, comparado a 59,0% das mulheres.

Segundo o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2017),

“...mais da metade da população brasileira, de 12 a 65 anos, declarou ter consumido bebida alcoólica alguma vez na vida. Cerca de 46 milhões (30,1%) de pessoas informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores à pesquisa. E, aproximadamente, 2,3 milhões de pessoas apresentaram critérios para dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa” (FIOCRUZ, 2017, p. 81)

Ainda segundo a pesquisa, o álcool é, de longe, a substância mais disponível e de maior aceitabilidade social, devido ao seu caráter lícito, portanto, sua presença bastante mais frequente em situações variadas de conflito, de gravidade crescente (discussão, destruição de patrimônio e agressão contra a pessoa) é inteiramente plausível. Além disso, existe uma dimensão farmacológica: o álcool tem um efeito inibidor seletivo (a depender da dose ingerida) sobre circuitos neuronais associados à função de “censura” e “autocontrole”, portanto, a inibição da inibição, favorece a emergência de comportamentos habitualmente suprimidos, dentre eles a violência.

Ainda que em nossos achados os dados relativos ao consumo por sexo tenham se dado em maioria para o sexo masculino (78,3%), fica importante considerar o quantitativo dos dados das usuárias que buscaram o serviço (95,8%), que na maior parte das vezes apresentaram necessidades relacionadas ao abuso de SPA's por pelo menos um de seus familiares, em maior número para companheiros e filhos do sexo masculino.

Aliando tais conclusões aos achados dos estudos apontados, pode-se considerar que mesmo em territórios onde haja um menor abuso por parte das mulheres, quando se fala em

acesso aos serviços predominam as representações sociais ligadas às diferenças e hierarquias de gênero quando relacionadas ao abuso de álcool e/ou outras drogas.

Considera-se, portanto, a manutenção da posição da mulher predominantemente em função do exercício da maternidade e da organização do lar, com o objetivo de estabilidade e manutenção das funções sociais.

“Embora se reconheça mudanças ocorridas nos últimos anos, acerca dos papéis sociais femininos, como por exemplo, as novas configurações familiares e a escolha de não vivenciar a maternidade, o envolvimento feminino com atividades vistas enquanto “transgressoras” de papéis sociais, como o uso de drogas, ainda causam um pensamento coletivo de estranhamento social e de “fracasso social” diante do que se espera para a mulher na sociedade” (SCARVONE, 1985, P. 37-49, apud Medeiros, 2017)

Para Fraser (2007) com a saída da naturalização domesticada dos conflitos advindos do pós Segunda Guerra Mundial, a social democracia ficou na defensiva e não conseguiu manter suas propostas contra as desigualdades estruturais e isso incluiu também o movimento feminista que modificou sua base de luta de gêneros no Estado de bem-estar social e conseqüentemente de justiça social.

Ainda segundo a autora, os insights anti-economistas foram incorporados a novos imaginários políticos colocando as questões culturais em primeiro plano, trazendo uma reinvenção do feminismo, que apareceu como política de identidade, desconectada portanto dos desdobramentos político-econômicos, fazendo com que, apesar de maior representatividade, a mulher permaneça em posição desigual dentro do exercício de seu papel social e de sua subjetividade, permanecendo também sobre ela a responsabilidade de sustentar o cuidado familiar.

Ao mesmo tempo que o homem ocupa espaços com menores condições familiares e sociais de subjetivação, apresentando como uma das conseqüências baixa responsabilização sobre si e sobre os coletivos dos quais faz parte. O papel social masculino tem como condição se manter em constante movimento de resposta social, tornando-se propulsor de sofrimento, tendo em vista que menores possibilidades de elaboração de sofrimento e construção de linguagem são geradoras de dificuldades profundas de subjetivação dando origem a intoxicação como meio de lidar com o mal estar desses sujeitos.

Para Fiocruz (2017) existe maior proporção de homens (74,3%) que reportou o consumo de bebidas alcoólicas na vida, comparado a 59,0% das mulheres. Os homens também

apresentaram prevalências de consumo de cigarros industrializados mais elevadas do que as mulheres, assim como o uso de alguma substância ilícita foi mais frequentemente reportado pelos homens do que pelas mulheres. Além disso, aproximadamente 14% dos homens brasileiros de 12 a 65 anos dirigiram após consumir bebida alcoólica, nos 12 meses anteriores à entrevista. Já entre as mulheres esta estimativa foi de 1,8%.

É importante observar a exposição a riscos sociais e pessoais os quais são vivenciados pelos homens nas sociedades, cuja masculinidade é enaltecida e exigida como padrão social independente das consequências advindas e da fragilidade dessa exposição, que traz consequências como violência, tráfico, homicídio, entre outros. Nesse sentido, cabe destacar também a questão da raça, onde o risco social é ainda maior quando atrelado ao homem preto, o qual ocupa o topo da lista nos índices de mortes violentas e em virtude do tráfico de drogas no Brasil (MDS, 2016).

O baixo número de mulheres que buscaram o serviço em função de seu próprio abuso de SPA's (21,2%), pode denunciar o estigma sob a condição da mulher em drogadição, a exemplo disso Rosato (2018), aponta que uso de SPA's por mulheres em situação de rua com filhos as colocas em uma situação limítrofe de violência, onde a possibilidade e reconhecimento do exercício da maternagem são questionados, abrindo espaço para as violações.

Para Foucault (2006, apud ROSATO, 2018, p. 102), o corpo é “superfície de inscrição dos acontecimentos”, e a díade mãe-bebê passa a ser formada por corpos objetificados, assujeitados, ao poder estatal; a voz da mulher “é considerada apenas contra sua defesa, na medida em que o relato da sua história passa a justificar a violação a que ela é submetida.” Assim, percebe-se que tais modos de gestão da vida se institucionalizaram, naturalizando violações de direito no cotidiano das mulheres e influenciando para que este grupo se encontre em situações de extrema adversidade com maior facilidade.

Dados da Fiocruz (2017) apontam que o uso abusivo exercido pelo público feminino possui como característica um maior risco, apresentando baixa escolaridade; experiência diária de viver em situação de rua; histórico de violência sexual; uso incomum de preservativos, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, dentre outras situações marcantes de risco à saúde.

Dados de pesquisa realizada no CAPSad mostram um movimento semelhante a nossos achados quanto ao consumo do álcool, tendo aumento da prevalência conforme o aumento da idade (>34 anos – 35,02%) e para múltiplas drogas, aumento na prevalência do consumo para

indivíduos jovens (>34 anos - 8,20% e com idades entre 18 e 34 anos – 30,82%) (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Quanto aos dados da escolaridade, estudo realizado no CRAS de Porto Alegre obteve maior frequência relativa para indivíduos que estudaram até o ensino fundamental (21,10%) assim como pesquisa realizada no CAPSad da região metropolitana de Curitiba onde 67,3% dos pacientes estudaram até o ensino fundamental (GUIMARÃES et al., 2008; CAPISTRANO et al., 2013).

Quando observados os dados de escolaridade foi possível identificar também um elevado índice de registros incompletos para ambos os sexos (82,5%). Pode-se considerar para tanto o elevado volume de atendimentos e escasso número de trabalhadores, além da baixa compreensão da importância do preenchimento dos dados dos prontuários, negligenciando a possibilidade de sua utilização pelos setores de gestão e organização de melhoria do serviço, assim como o entendimento da repercussão destes diante das intervenções a serem realizadas pelas equipes.

Apesar do índice encontrado de usuários alfabetizados (9,0%) e com o ensino fundamental I (6.06%), 58 dos casos sem notificação se deram entre as idades de 14 a 34 anos. Ficando importante apontar ainda que destes houveram 23 casos de abuso por jovens entre 14 e 16 anos, com 9 queixas de evasão escolar, 18 ligadas ao desemprego e 21 à insegurança alimentar. Segundo Minayo (2001) 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 trabalho.

Considerando o desemprego, a moradia em áreas de risco social e econômico e a consequente exposição ao tráfico de drogas, escassez de alimento e a baixa perspectiva de vida que impõem trabalhos compulsórios e movimentos de vida cada vez mais individualizados, a família permanece ocupando um espaço de relevância no consumo de drogas nesse território, principalmente quando este está ligado a jovens e adolescentes.

Um dos principais papéis de atuação do CRAS é se constituir como espaço institucional orientado pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, demonstrando a centralidade e importância da família como local de proteção social e promoção de saúde. Fato que fica evidente diante das maiores necessidades que trouxeram os usuários ao serviço, que em sua maioria estava ligada ao abuso exercido por algum familiar seguido de violência praticada por familiar que realizava abuso de SPA's.

O CRAS também atua como porta de entrada e como espaço de articulação com os demais setores de saúde, como se pode observar nas necessidades específicas das famílias em cuidados de pós-internação por desintoxicação, internação compulsória, abuso e violência atrelada a usuários com condições psiquiátricas e situação de rua por abuso de álcool e outras drogas.

Notou-se que o acesso ao usuário de drogas ou ao familiar do usuário, possibilitado pelo serviço de assistência social, está em sua maioria acoplado a necessidades de emprego, alimento, acesso à saúde, direitos da família, conflitos familiares, documentação, benefícios previdenciários, entre outros. Dessa forma, por vezes o acolhimento e a articulação das necessidades ao abuso de SPA's pode ficar em segundo plano e sofrer algum tipo de prejuízo, como nos casos onde não houve nenhum tipo de encaminhamento direcionado a questão do abuso de drogas (10% dos casos).

Segundo Nery (2009, p. 210) o acolhimento é a porta de entrada do atendimento:

“como primeiro contato com o usuário, pretende identificar os elementos e a falta deles, os pontos de ancoragem entre o indivíduo e a droga, buscando assim, um diagnóstico situacional que possibilite traçar uma primeira direção do que virá, em seguida, a se estabelecer como um plano terapêutico”

Nesse processo a mesma autora ainda aponta para a importância do tripé meio sociocultural, produto e indivíduo, que bem esclarecidos facilitam o encaminhamento posterior. Para ela deve-se considerar a imprevisibilidade das urgências, havendo manejo das situações no tempo-espaço, garantindo dessa forma a sustentação do vínculo transferencial, aumentando as chances de adesão às estratégias de tratamento.

Partindo-se do ponto de vista de Foucault (1988 apud REED, 2013, p. 166) de que a hipótese repressiva e todos seus elementos negativos de proibição, censura e recusa, parecem não diminuir ou reprimir, mas sim disseminar e multiplicar insistentemente o fenômeno censurado, com relação às drogas, o objetivo não deve ser “denunciar uma repressão ao uso de drogas na modernidade, mas atentar para o funcionamento de um regime de saber e de poder que sustenta um discurso específico sobre o uso de drogas, visando o controle e dominação dos corpos.

“Todos os desviantes agora devem tomar a palavra e confessar aquilo que são escutados e condenados pela discursividade. Surge toda uma espécie de seres inferiores que se escondem pelos becos, muitas vezes perseguidos pela lei: doentes,

delinquentes, vagabundos, desocupados; encerrados em penitenciárias ou casas de tratamento, fadados ao mal do vício e do delito. Crianças espertas demais, jovens precoces, fumaças ambíguas, elementos duvidosos e atitudes suspeitas habitam as diretrizes da disciplina, das viaturas policiais, das casas de correção e de saúde, das prisões, dos tribunais” (FOUCAULT, 1988 apud REED, 2013, p. 174).

Portanto, entende-se que as ações direcionadas à população que utiliza da porta de entrada do CRAS para buscar suporte relacionado ao uso de SPA's, devem se preocupar em construir espaços de acolhimento que possibilitem o descolamento entre droga e sujeito. Além da (des)construção de percursos, tornando possível enxergar-se a droga atuando como solução para condições precárias de vida e/ou de saúde, aponta-se para relevância da atenção dos profissionais em relação ao constante aperfeiçoamento pessoal necessário para garantir a não-interferência de seus conceitos pessoais nas avaliações de quem é, ou não, sujeito merecedor de cuidados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que o tema em questão é indispensável para o planejamento das políticas públicas de prevenção e tratamento dessa problemática, faz-se necessário um maior investimento nesse campo. Os apontamentos desta pesquisa não buscam avaliar a instituição, mas sim, dar visibilidade às informações sociodemográficas, fornecendo subsídios para incentivar novas investigações que indiquem a importância do conhecimento das populações e dos serviços na construção das políticas públicas. Devido ao imprescindível papel que a assistência social exerce como porta de entrada das famílias e usuários com demandas de saúde mental, no contexto álcool e drogas, torna-se evidente a necessidade dos levantamentos de campo, e a construção de indicadores que possam proporcionar a obtenção de informações sobre as características de uma determinada população.

É importante destacar que esse estudo não retrata o universo de populações atendidas pelos Centros de Referência em Assistência Social, pois aprecia uma amostra por conveniência, que buscou identificar os principais indicadores relacionados ao contexto álcool e drogas no âmbito da assistência social.

Uma das importantes limitações encontradas neste estudo foi a subnotificação de dados significativos dos prontuários, como por exemplo a renda e escolaridade, impossibilitando maiores correlações dos indicadores. Além disso, ao final de nossa pesquisa o

número de servidores dentro dos equipamentos foi restringido, devido a pandemia ocasionada pelo COVID-19, o que impossibilitou o levantamento dos dados do ano de 2021.

Para tanto, através do levantamento dos dados dos prontuários, verificou-se a necessidade de maiores discussões sobre as consequências do abuso do álcool e outras drogas, nos diversos âmbitos da vida do indivíduo, a partir dos principais indicadores encontrados, aqueles relacionados ao consumo de drogas com início na adolescência, naqueles que demonstram a alteração do tipo de drogas consumidas pelos diferentes grupos e idades e principalmente diante dos indicadores que apresentaram a manutenção dos estigmas de gênero atrelados ao abuso de SPA's nos contextos das famílias em situação de risco social.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560 [...], para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República, v.198, 15 p. maio/jun, 2º trim, 2019. Legislação Federal e marginalia.

BRASIL. **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, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Seção 1, p. 230-232, 26 dez. 2011. Legislação Federal e Marginalia.

BRASIL. **Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006**. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006.

CAPISTRANO, F. C; FERREIRA, A. C. Z.; SILVA, T. L.; KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A. **Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários**. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 234-241, jun. 2013.

DELEUZE, G. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle**. Trad. Peter Pál Pelbart. 1990.

FARIA, J. G. de; SCHNEIDER, D. R. **O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health**. Psicologia & Sociedade, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 324-333, dez. 2009.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade** (1988). Apud REED, Andrew; Foucault e o discurso sobre “drogas”: Da definição do objeto à incorporação dos desvios. In: Revista Intratextos, 2013, vol 4, no1, p. 162-179. DOI: 10.12957/intratextos.2013.8459

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir. Nascimento da prisão**. 20ª ed. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder (2006). Apud ROSATO, C. M. **A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua**. Programa de Pós-graduação em Psicologia: - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH., P 246, 2018.

FRASER, N. **Reconhecimento sem ética?** Trad. Ana C. F. Lima e Mariana P. Fraga Assis. In: Lua Nova, 70. São Paulo, 2007. P. 101-138.

GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. V. dos; FREITAS, R. C. de; ARAUJO, R. B. **Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS)**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 101-108, ago. 2008.

MACRAE, Edward. **A história e os contextos socioculturais do uso de drogas**. Cap. 1. p. 29 - 42. In: BRASIL, 2017.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Arte & Ensaios, Rio de Janeiro, v. 32, p.123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MINAYO, M. C de S. **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 18ª ed., 2001.

NERY FILHO, A., et al. orgs. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, 308 p. Drogas: clínica e cultura collection. ISBN 978-85-232- 0882-0.

OLIVENSTEIN, C. **A diabolização do toxicômano**, Paris, 10 ago. 1994. Entrevista realizada por Maria Luiza Mota Miranda. In: Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 271.

PASQUALINI, M. **Fordismo: Uma análise aplicada aos casos do Brasil e Japão**. 2004. 67 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Economia296364.PDF>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SCARVONE, L. (1985). **As múltiplas faces da maternidade**. Cadernos de Pesquisa, (54), 37-49. Apud MEDEIROS, T. K; MACIEL, K. S.; SOUSA, F. P. A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento Paidéia. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, vol. 27, núm. 1, Suppl., pp. 439-447, 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Relatório Mundial Sobre Drogas 2022. ONU, 2012.

## 6.2 SEGUNDO ARTIGO CIENTÍFICO

**“INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE MENTAL – ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS - NO CONTEXTO DA PROTEÇÃO BÁSICA SOCIAL”**

**“INTERSECTORIALITY IN MENTAL HEALTH – ALCOHOL AND/OR OTHER IN THE CONTEXT OF BASIC SOCIAL PROTECTION”**

**“INTERSECTORIALIDAD EN SALUD MENTAL – ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS EN EL CONTEXTO DE PROTECCIÓN SOCIAL BÁSICA”**

Carolina Ortiz

Fátima Büchelle Assis

### **RESUMO**

Para delimitar os principais encaminhamentos de saúde respectivos ao abuso de álcool e/ou outras drogas no âmbito da assistência social, mais especificamente em um dos CRAS do município da Palhoça foi realizada uma pesquisa documental retrospectiva exploratória por meio da análise de 2707 prontuários, que corresponderam a 95,75% das famílias inscritas no serviço entre os anos de 2015 e 2020, destas 132 utilizaram o serviço com demandas ligadas ao abuso de SPA's em seu primeiro atendimento. Mostrou-se que 43,9% dos encaminhamentos deram-se para o serviço do CAPSad, 10,6% deles para o serviço da atenção primária e 9,84% dos casos para o serviço do CREAS. Afirmou-se a necessidade da construção de prontuários compartilhados aos serviços que compõem a RAPS e a importância de critérios técnicos e da humanização nos acolhimentos para a garantia da intersetorialidade e do cuidado integral.

### **INTRODUÇÃO**

Desde a Pré-História, os membros de diferentes culturas humanas fazem uso de substâncias naturais de origem vegetal e animal buscando mais do que alimentar-se, mas também obter efeitos úteis no combate à dor e às doenças, assim como no aumento do estímulo para as atividades do cotidiano e na obtenção de estados de êxtase que se tornaram manifestações do sagrado. O uso das substâncias era feito de acordo com uma série de princípios, leis e regras de conduta.

Para Macrae (2001), durante os séculos XIX e XX, com as mudanças sociais traumáticas ocasionadas pelas guerras e o avanço do modo de exploração do trabalho, o uso abusivo de substâncias psicoativas aumentou significativamente. Em 1961 e 1971, foram assinados, por quase totalidade dos países do mundo, a Convenção Única de Viena e o Convênio Sobre Substâncias Psicotrópicas, respectivamente, visando proibir e erradicar a produção, o comércio e o consumo de forma repressiva.

Cientificamente, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), droga “é toda substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (ZEFERINO; FERMO, 2010). A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (BRASIL, 2013), no entanto, aponta que:

“Uma droga não é por si só boa ou má. Algumas substâncias são usadas com a finalidade de promover efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas medicamentos. Existem, todavia, substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em certas situações e como tóxico em outras”.

Para este estudo, destacam-se o funcionamento e o entranhamento do capitalismo social do início do século XX até os dias atuais nas sociedades, influenciando a forma como a realidade é experienciada pela humanidade. Como proposto por Moreira (2006), a migração dos empregos para a automação, o aumento da produtividade e a necessidade constante de adaptação dos trabalhadores às novas tecnologias apontam para a modificação e precarização das relações de trabalho, interpessoais e afetivas, resultando em pessoas em distonia com o contexto em que vivem, fazendo com que o uso de substâncias psicotrópicas ocupe espaço de subterfúgio e representatividade.

Dada a complexidade de tais espaços, os sistemas assistenciais aos usuários de drogas ocupam papel decisivo, pois formados por uma rede que vai além dos serviços especializados e do setor saúde (RUSH, 2010). De acordo com a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019) e a Portaria nº. 3588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), postula-se que uma abordagem por redes intersetoriais, interdisciplinares e transversais integradas possibilita abordar holisticamente o fenômeno, considerando o *continuum* de cuidados, com prevenção, tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica e reinserção social.

A presente pesquisa compreende, portanto, a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas como a conjunção de serviços e modalidades de atenção do SUS e da rede do SUAS, assim como dos recursos assistenciais comunitários, que são dispositivos não governamentais de base comunitária, como por exemplo, as associações e as entidades socioassistenciais.

Nesse sentido, no âmbito do SUAS, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ocupa um importante papel. Atuando para além dos encaminhamentos realizados para a saúde pública e servindo também como porta de entrada para os usuários, o serviço é a referência, no território de abrangência dos indivíduos, da oferta universal e gratuita da atenção às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

Assim, ao chamar a atenção para a pluralidade dos sujeitos e, portanto, para os distintos aspectos que envolvem o consumo de drogas, é imprescindível ressaltar, também, as diversas lacunas e riscos advindos da fragilização de vínculos familiares e comunitários, como as dificuldades na realização de atividades cotidianas, seja a trabalho, estudos, lazer, etc. (MDS, 2016). Tendo em vista que o CRAS tem como principal prerrogativa o acompanhamento de famílias e a realização de atendimentos pontuais com objetivo da garantia de direitos humanos, faz-se necessária a ampliação da discussão dos direitos humanos que envolvem tanto o usuário de álcool e outras drogas, como também as pessoas que se encontram em seu círculo familiar e social.

Com isso, é de extrema importância a compreensão das forças de poder que atuam neste campo e de que forma elas mediam as formas de proteção e cuidado ao usuário da proteção básica social. Colocando-se toda esta complexidade intersetorial dos direitos humanos nos holofotes, o presente estudo visou descrever de forma mais precisa os encaminhamentos relacionados ao uso abusivo do álcool e outras drogas, de modo a possibilitar, com seus resultados, tomadas de decisões e práticas em saúde adequadas às reais necessidades da população.

## **MÉTODOS**

Esse artigo remete a uma pesquisa documental retrospectiva exploratória realizada através dos dados de 132 prontuários encontrados no Centro de Referência em Assistência Social do bairro Barra do Aririú no município da Palhoça, propriamente entre os anos de 2015

e 2020. O CRAS investigado neste estudo se trata de uma unidade pública, de porte médio, que funciona segundo a Norma Operacional Básica do SUAS (BRASIL, 2006) que permite acompanhar um quantitativo de até 5000 famílias. A análise se deu sob o quantitativo de 2707 famílias cadastradas em prontuários, o que conforma 98,85% dos prontuários presentes na instituição até a data da finalização da pesquisa (setembro de 2021).

Para a categorização sociodemográfica e necessária a esta pesquisa foram consideradas as variáveis: idade em anos completos, sexo, anos de estudo, encaminhamentos e demandas da assistência social atreladas ao uso abusivo de drogas. Dos 137 prontuários obtidos na amostra preliminar, 5 deles não puderam ser utilizados por terem ausência de mais de 3 dados presentes no instrumento de coleta. Sendo assim, constatou-se 132 cadastros com a presença de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas pela pessoa de referência ou por algum de seus membros familiares, resultando numa frequência relativa (fr:) de 5,11% das famílias analisadas.

Considerou-se para análise de dados a abordagem qualitativa que irá buscar, através do aprimoramento do método documental, uma maior dentro da proteção social básica, buscando além da soma da frequência em que ele aparece nos documentos/prontuários. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos através do protocolo 45213421.40000.0121.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com os resultados obtidos, compreende-se que são muitas as dificuldades que estão interconectadas ao abuso de SPA's. A Tabela 5 abaixo mostra algumas das principais necessidades relacionadas ao uso indiscriminado de SPA's identificados pelo trabalho realizado no CRAS. Considerando-se que, dos 132 cadastros, 40 apresentaram apenas demandas relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas, entre os 92 cadastros restantes, 19,3% (n=21) dos casos apresentaram demandas relacionadas à insegurança alimentar, 16,5% (n=18) ao desemprego, 9,2% (n=10) relacionados a inacessibilidade à saúde, 6,4% (n=7) a evasão escolar e 5,5% (n=6) a conflitos familiares, entre outras demandas.

Ainda que a pesquisa apresente limites quanto ao estabelecimento de relações de causa e efeito, podemos identificar associações importantes entre as necessidades encontradas nas situações de risco, principalmente da pobreza inerente ao discurso de insegurança alimentar e habitacional, desemprego e inacessibilidade à saúde, e o abuso de álcool e/ou outras drogas.

Reflete-se, assim, sobre as aproximações e as contradições sobre o cuidado à população pobre e a garantia de seus direitos que tem repercutido nas discussões sociopolíticas contemporâneas.

Tabela 5 - Necessidades trazidas ao serviço, relacionadas ao uso indiscriminado de SPA's

<b>Tipo de Demanda</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tipo de Demanda</b>	<b>Quantidade</b>
Desemprego	18	Trabalho infantil (Tráfico)	2
Insegurança habitacional	1	Evasão escolar	7
Insegurança alimentar	21	Acesso à saúde	10
Documentação	4	PBF	2
BPC	5	Direitos da família	6
Busca por Serviço de convivência	1	Passagem de retorno	2
Violência sexual	1	Orientações previdenciárias	2
Conflito familiar	6	Tarifa social	1
Cadeira de rodas	1	Jovem Aprendiz	2

BPC: Benefício de Prestação Continuada; PBF: Programa Bolsa Família  
 Fonte: Elaborada pelas autoras (2022)

Segundo Accorssi, Scarparo e Guareschi (2012), a pobreza incorpora e assume diversas características e representações no mundo contemporâneo, através de discursos e práticas naturalizantes que são legitimados em torno dela, que constroem estratégias que perpetuam situações opressivas. A forma como os sujeitos são reconhecidos em sua capacidade de decisão frente ao consumo de drogas é determinada pelas condições sociais e históricas da sociedade capitalista, onde a própria lógica de reprodução baseia-se na exaltação do consumo de mercadorias.

É comum permear nos espaços de trabalho da assistência social, as concepções do usuário merecedor da garantia de direitos e daquele que não deve ter seus direitos garantidos. Comumente, o primeiro deles pode ser identificado como obediente, cumpridor do plano de acompanhamento familiar e das alianças realizadas com os técnicos do serviço, enquanto o segundo apresenta maior instabilidade no cumprimento dos acordos e maior dificuldade em aderir aos atendimentos. Segundo Bicalho (2013) os indivíduos tidos como “mais humanos” são justamente aqueles que conseguem obedecer às regras e aos limites impostos pela ordem social dominante, entendendo principalmente que esse processo de subjetivação dos sujeitos, que dá origem a concepções de indivíduos menos humanos que outros, perpassa impreterivelmente pela garantia de seus direitos.

Não pretendemos, a partir desta compreensão, construir uma relação entre as representações sociais tidas do usuário de álcool e outras drogas e a dificuldade no manejo de estratégias que possam lidar com a questão da baixa adesão, mas apontar que a garantia de direitos e, conseqüentemente, a liberdade destes indivíduos da pobreza, perpassa pela subjetivação daquilo que é ou não é humano. Para Monteiro e colaboradores (2016), uma das características do usuário de álcool e outras drogas é justamente a flutuação da motivação, o que faz com que este oscile entre períodos de maior e menor adesão.

Dessa forma, opondo-se a esta visão reduzida de que indivíduos pobres são menos merecedores dos serviços prestados pois aderem menos aos acordos, questiona-se se não são exatamente as condições de pobreza que influenciam a quebra dos mesmos. Situações de risco econômico e social diminuem as possibilidades de acesso dos sujeitos. Não seriam justamente essas populações as mais necessitadas de uma atenção em saúde mental integral e humanizada, que abranja as diversas especificidades de suas problemáticas, enfatizando o trabalho em rede?

Além disso, a partir das demandas observadas destaca-se a importância da intersetorialidade na garantia da integralidade dos direitos humanos dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental. De acordo com Monnerat e Souza (2011), no campo da assistência social, as iniciativas de conexão com outros setores constituem peça chave no trabalho com os usuários destes serviços, mas atualmente, o desafio é criar formas e mecanismos para resgatar o sentido de integração e transversalidade que baseiam as redes de proteção social. Para isso, requer-se, necessariamente, uma ação coordenada e altamente complexa para alcançar-se uma estrutura política e institucional que favoreça a cooperação e o compartilhamento de objetivos (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Compreende-se, dessa forma, que os encaminhamentos, enquanto ferramenta de integração entre serviços, devem ser realizados de modo que, mesmo que o usuário busque um serviço não referência para as demandas desejadas, tal serviço estando presente na rede de atenção, possa realizar encaminhamentos e fornecer orientações sobre como os usuários possam se dirigir ao serviço melhor indicado, de forma que garanta o exercício do cuidado. Nesse sentido, uma das fragilidades observadas na rede de atenção de assistência social é a inexistência de um sistema de prontuário digital compartilhado com os demais setores tanto da assistência social quanto da saúde.

O prontuário é instrumento essencial nesse objetivo, fornecendo informações dos caminhos, estratégias e condutas de cuidado já realizadas, aumentando a resolutividade ao

usuário, diminuindo os atendimentos em duplicidade, compreendendo a dinâmica e a autonomia do paciente em seu processo de cuidado, e gerando economia para os serviços. Além de se tornarem instrumentos otimizados de coleta de dados para o estabelecimento de perfis sociodemográficos das regiões atendidas, possibilitando maior assertividade no planejamento de ações dos setores envolvidos.

Segundo as orientações técnicas da Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social (BRASIL, 2015), o Prontuário do SUAS foi atribuído a esta tarefa devido à necessidade da criação de formas padronizadas de registro dos dados produzidos pelos serviços e visando ofertar aos CRAS e CREAS um instrumento nacional padronizado para o registro das informações resultantes da dinâmica do trabalho social com as famílias, especialmente aquele realizado no âmbito do PAIF e PAEFI. No entanto, tais orientações destacam que este não deve sair ou transitar entre as unidades, uma vez que preserva o histórico de atendimento de cada usuário.

Neste contexto, destaca-se, a possibilidade de isolamento da assistência social dos setores de saúde relacionados ao contexto álcool e drogas e até mesmo entre os próprios Centros de Referência em Assistência Social. A participação da assistência social nos prontuários multiprofissionais, não vem de encontro a permanência do sigilo dos usuários, pelo contrário, sua legitimação, daria espaço para a construção de normativas que garantissem a preservação dos dados do usuário, abrindo espaço para a comunicação necessária à lógica do trabalho intersetorial

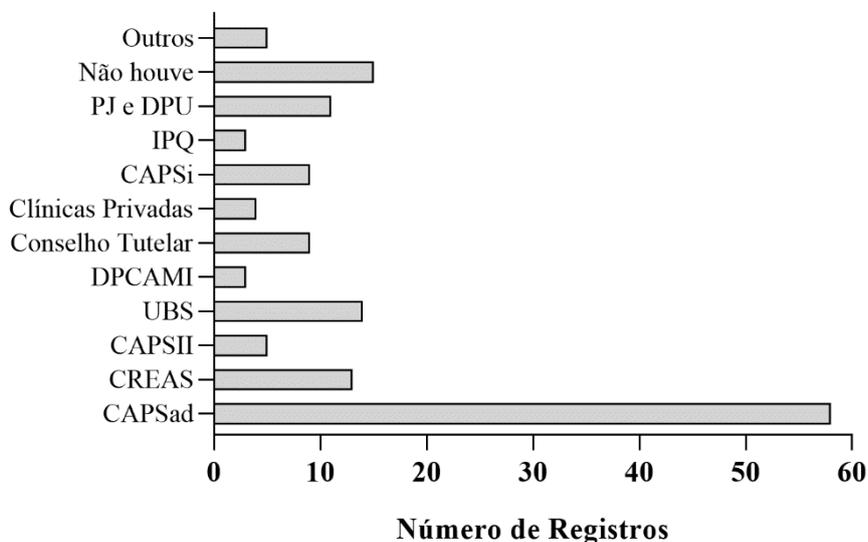
Assim, o CRAS, enquanto porta de entrada do SUAS, depende da intersetorialidade e de sua eficiência entre serviços para garantir os direitos de seus usuários. De acordo com a cartilha de orientações técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2009, p. 20), “a promoção da articulação intersetorial é uma determinação do poder executivo municipal, do DF, estadual ou federal, cabendo ao gestor de assistência social influir e colaborar para que ocorra”. Trabalho que cabe ao gestor, enquanto criador de instrumentos para tal, mas também às equipes técnicas que trabalham através das tecnologias leves, possam inserir práticas humanizadas e preocupadas com a continuidade do cuidado.

Ainda segundo a cartilha do Ministério (BRASIL, 2009), a articulação em rede, que deve ser promovida nestes serviços, consiste, por exemplo, no estabelecimento de alianças, fluxos de informações e encaminhamentos, visando com isso promover o acesso integral dos usuários aos serviços socioassistenciais ofertados. Além disso, possibilita-se que os familiares

também tenham assegurados seu acompanhamento caso se encontrem em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, a rede intersetorial deve envolver todos os outros âmbitos da vida do usuário e familiares fora do CRAS, ou seja, envolvendo “escolas, postos de saúde, unidades de formação profissional, representantes da área de infraestrutura, habitação, esporte, lazer e cultura, dentre outros” (BRASIL, 2009, p. 26).

Abordando-se dados coletados durante a pesquisa, é possível obter-se uma análise de alguns dos encaminhamentos mais comuns realizados no CRAS a partir da identificação com os princípios da rede intersetorial. Conforme pode ser visto na Figura 5 a seguir, o encaminhamento de demandas de uso de SPAs foi realizado, em grande parte da amostra (43,9%), para o serviço especializado de referência, CAPS AD, ficando relevante apontar que estes se davam por meio do próprio usuário ou através da equipe técnica responsável, via contato telefônico ou memorando.

Figura 5- Encaminhamentos realizados pelo CRAS a partir de demandas de uso de SPA's no município de Palhoça, SC, entre 2015 – 2020.



PJ: Poder Judiciário; DPU: Defensoria Pública da União; IPQ: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina; CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil; DPCAMI: Delegacia de Proteção a Criança e a Mulher; UBS: Unidade Básica de Saúde; CAPSII: Centro de Atenção Psicossocial II; CREAS: Centro de Referência Especializado em Assistência Social; CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Fonte: Elaborada pelas autoras (2022)

Pode-se observar também que 11,36% (n=15) dos casos não tiveram qualquer encaminhamento referente ao abuso de SPA's, não sendo possível precisar se o motivo destes não encaminhamentos se devem a falta de orientação técnica para os acolhimentos, subnotificação dos prontuários ou ainda outros motivos desconhecidos. A busca pelo

atendimento do usuário de drogas ou familiar deste, comumente é episódico, ocorrendo em janelas de crise e risco social, apontando a importância da realização dos encaminhamentos.

Nery F. (2009, p. 210), salienta a importância da análise do tripé meio sociocultural, produto e indivíduo, que bem esclarecidos facilitam o encaminhamento posterior. Para ela deve-se considerar a imprevisibilidade das urgências, havendo manejo das situações no tempo-espaço, garantindo dessa forma a sustentação do vínculo transferencial, aumentando as chances de adesão às estratégias de tratamento.

O último manual de orientação ao usuário de álcool e drogas na assistência social data de 2016 e marca a necessidade da intersetorialidade e da integralidade nos atendimentos prestados e esse grupo de usuários. Entre os encaminhamentos restantes, 10,6% (n=14) destes se deram para o serviço de atenção primária e 9,84% (n=13) dos casos para o serviço do CREAS, que faz um trabalho conjunto ao CRAS, atendendo demandas de risco social em virtude de violações de direitos ou rompimento de vínculos; 6,81% (n=9) dos casos foram direcionados ao Conselho Tutelar e ao serviço do CAPSi; 5,03% (n=7) ao Poder Judiciário; 3,03% (n=4) a Defensoria Pública, 3,78% (n=5) ao CAPS II e 2,27% (n=3) ao Instituto de Psiquiatria. Dados de pesquisa realizada no CRAS do Rio Grande do Sul demonstraram que 55% dos encaminhamentos para o CAPSad, 23% para o CREAS e 11% não puderam ser identificados, demonstrando que o serviço do CAPSad permanece como referência nos encaminhamentos para necessidades ligadas ao contexto álcool e drogas.

Assim, nos casos de abuso de álcool e drogas, onde havia demanda de assistência social e mesmo naqueles em que esta não se configurava como fator principal, os usuários foram encaminhados para diversos outros serviços que, articulando-se uns aos outros, ou somente participando ativamente do encaminhamento dos mesmos, pudessem abordar estas demandas a partir daquilo que se mostrava mais urgente para cada um, enfatizando a integralidade

Segundo o Manual de Orientações Técnicas para o atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2016, p. 47), a visão integral de sujeito e a intersetorialidade das ofertas em rede no SUAS, pressupõem Serviços organizados no território cuja atenção aos usuários tenham como ponto de partida a escuta qualificada e a acolhida das reais demandas dos usuários do serviço, a valorização de suas potencialidades e as interações no território.

Significa não atender as pessoas apenas em virtude dos seus sofrimentos relacionados aos usos de álcool e outras drogas, mas reconhecer que estas pessoas e suas famílias estão vivenciando uma série de vulnerabilidades e risco por violação de direitos como: como a fragilidade ou ruptura de vínculos; a convivência com a extrema pobreza; vivendo em situação de rua; baixa ou nenhuma escolaridade; pouca qualificação profissional e oportunidade de trabalho; moradia precária; não acesso a serviços essenciais; possuir alguma deficiência, doença mental ou outras doenças associadas; inexistência de documentos pessoais; convivência com ameaça de morte; falta de comida, abrigo, dentre outras, e que estas situações dificultam a sobrevivência, o acesso a serviços essenciais, inclusive a adesão a serviços especializados como tratamento de saúde, internação hospitalar, dentre outros.

De acordo com Gonçalves e colaboradores (2015), a maioria do público que procura pela Assistência Social busca acesso a direitos diversos, como benefícios, transferência de renda, orientações, medicalização, etc., mas não há demanda específica que se relacione diretamente à temática do uso abusivo de drogas nos CRAS e CREAS. Apresentando-se a condição de “usuário de drogas”, prevalece-se, interna e externamente a estes serviços, a lógica do encaminhamento face à demanda do atendimento integral. No entanto, neste contexto, é relevante destacar-se que, por vezes, os serviços podem apresentar uma maior preocupação em verificar quais demandas fazem, ou não, parte da assistência social e acabar negligenciando as necessidades primárias de alguns indivíduos, que têm o abuso de SPAs como consequência ou em segundo plano a uma vulnerabilidade mais urgente, como a insegurança habitacional e alimentar ou graves conflitos familiares, mas que são catalogados como usuários de drogas e encaminhados aos serviços de saúde.

No que se refere à falta de cuidados específicos para o público usuário de SPAs, bem como seus familiares, alguns motivos foram citados por Gonçalves e colaboradores (2015, p. 09), como por exemplo: “falta de recursos financeiros [...]; ausência de espaços físicos e infraestrutura [...]; inexistência de intersetorialidade [...]; não identificação dos usuários a partir dessas características [...]; e indefinição de ações no âmbito da gestão para esse público”. Com todas estas dificuldades, o trabalho em rede que pode ser realizado pelo próprio serviço desde o momento da procura do usuário por auxílio, acaba sendo transferido para outro setor de forma que este possa abster-se de suas responsabilidades perante a prática intersetorial, podendo originar a sobrecarga dos serviços de referência, a falta de acesso do paciente e ineficiência da integralidade.

Seguindo esta lógica, torna-se de extrema importância que as equipes atuantes na rede sejam treinadas para captar as nuances mais urgentes de cada caso e que saibam lidar com demandas mais complexas. Se o uso de drogas não é considerado uma demanda principal para o olhar do CRAS, as relações e conflitos familiares, por sua vez, formulam o cerne do trabalho realizado pelo mesmo. Compreende-se que as famílias, enquanto partes tão importantes do tratamento dos usuários destes serviços, também não devem ser negligenciadas. Percebe-se que, muitas vezes, o trabalho da assistência social, na prática, facilita para que muitos usuários sejam atendidos solitariamente, tendo em vista o estigma do uso de drogas que leva a sentimentos de vergonha e culpa e que faz com que o usuário isole seu problema de drogadição da convivência familiar. Tal comportamento pode ser reforçado pelos serviços quando estes não abordam a convivência familiar enquanto influência no abuso de SPAs.

Como porta de entrada da comunidade ao serviço de assistência social, os CRAS, assim como os CAPS o são para a atenção psicossocial, são serviços procurados justamente por usuários e famílias que convivem diariamente com graves condições de vulnerabilidade advindas do uso de SPAs. Portanto, é muito importante que o usuário destes serviços e sua família possam buscar por auxílio em qualquer um deles, seja de assistência ou de saúde, e poderem ter suas principais demandas avaliadas e solucionadas igualmente, de acordo com as articulações necessárias e eficazmente colocadas em prática pelos serviços envolvidos.

No entanto, de modo geral, apesar da Figura 5 mostra que os encaminhamentos são, de fato, realizados, não se sabe ao certo se os mesmos são concretizados nos serviços de destino. Como não há um meio oficial de comunicação entre os serviços de assistência social e os serviços para os quais os usuários são encaminhados, muitas vezes os mesmos são encaminhados diretamente aos serviços sem que estes sejam informados. Dessa forma, caso o usuário não retorne, torna-se impossível obter informações tais como se o mesmo chegou ao serviço de destino, se informou que foi encaminhado anteriormente, ou mesmo se o serviço de destino tem capacidade de suporte à demanda do usuário encaminhado. Marcando a necessidade do estabelecimento de prontuários compartilhados e a construção de tecnologias eficientes de comunicação.

Ou seja, apesar do atendimento em rede, na prática, acontecer, não se sabe exatamente por que meios ele funciona. Compreende-se que os encaminhamentos feitos diretamente aos usuários e familiares ou mesmo encaminhamentos informais entre os profissionais dos diferentes serviços possam estar, de modo geral, sustentando de modo arriscado uma prática

que deveria estar melhor definida e aproveitada pela rede de assistência social. Da mesma forma, a falta de comunicação entre os setores estabelece a individualidade dos mesmos e, notoriamente, percebe-se que aquilo que foge ao âmbito da assistência pode tender a ser rapidamente encaminhado sem que as interconexões entre as vulnerabilidades sociais e o uso de álcool e outras drogas possam ser avaliadas a fundo.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2009), todos os serviços socioassistenciais devem manter registros de frequência, permanência, desligamento e atividades desenvolvidas, assim como dos encaminhamentos e as situações que os originaram, constituindo uma importante fonte de informação sobre a vigilância social. No entanto, estes registros não são compartilhados e dependem daquilo que foi definido por cada gestor.

Assim, conclui-se que alguns esforços podem ser feitos visando melhorar a comunicação entre a rede e, conseqüentemente, a aderência dos usuários ao sistema de assistência e saúde. A implementação de um sistema de prontuários compartilhados com outros setores pode trazer transformações importantes ao modo de acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas pela assistência, pois estabelece-se um histórico e perfil essenciais para o alcance dos reais impasses vividos por eles e que influenciam sua relação com as drogas. Por isso, propõe-se a discussão de uma plataforma que unifique as informações colhidas pela assistência social e os serviços de saúde de modo a alcançar-se a integralidade do cuidado à saúde da população mais vulnerável que compõe o foco dos serviços públicos de promoção dos direitos humanos universais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados demonstram que algumas melhorias ainda podem transformar o modo com que os serviços exercitam a intersetorialidade, seja avaliando-se cuidadosamente, através do acolhimento, os motivos pelos quais o usuário buscou determinado serviço em detrimento de outro, em função da compreensão dos atravessamentos sociais do uso abusivo de drogas, seja comunicando-se com os serviços de destino a fim de obter um retorno quanto à resolubilidade dos encaminhamentos realizados.

O presente estudo objetivou construir os principais encaminhamentos em saúde mental - álcool e outras drogas no contexto do CRAS, considerando-se que dos 132 prontuários

estudados, 40 apresentaram apenas demandas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas, 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, ultrapassando as fronteiras da setorialidade da política de saúde, o que as torna foco de intervenções de outras políticas setoriais como o da política de assistência social.

Apontamos para tanto que a assistência social atende de forma principal grupos em situações de risco social e com perda de suas garantias a cidadania, deflagrando a limitação quanto aos demais grupos populacionais.

Outro ponto importante que pode ser observado através dos encaminhamentos foi a necessidade dos serviços que compõem a rede compreenderem não só a pluralidade das subjetividades dos sujeitos que fazem parte de seu cotidiano, mas também deslocá-los do papel de vulneráveis, que cabe a todos, devolvendo aos usuários a capacidade de gerir seus corpos, apesar das condições de risco social a qual pertencem. A potência da prática em direitos humanos está justamente na problematização da violência e da exclusão produzida na sociedade e no conhecimento dos diversos modelos de aprisionamento que produzem efeitos no mundo, que podemos (e devemos) colocar em análise.

Entretanto, nesta pesquisa consideramos a dificuldade em encontrar nos prontuários a forma pela qual havia sido realizado um determinado encaminhamento, se o setor de proteção básica utilizou memorando, contato telefônico ou se orientou o usuário para que fosse até os serviços respectivos. Também não foi encontrado o acompanhamento deste usuário, por parte do serviço, após os encaminhamentos efetuados. Ressaltando dessa forma que podem haver encaminhamentos e acompanhamentos não registrados.

Ainda é válido destacar a carência de estudos que se traduzam em parâmetros potentes para a caracterização desses fluxos e diálogos entre as múltiplas redes de proteção e garantia de direitos.

## REFERÊNCIAS

ACCORSSI, Aline; SCARPARO, Helena; GUARESCHI, Pedrinho. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. *Psicologia & Sociedade*, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 536-546, 2012.

BRASIL. **Lei n.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. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República, 27 p. julh/agos.,3 trim, 2006. Legislação Federal e Marginalia.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006.** Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560 [...], para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República, v.198, 15 p. maio/jun.,2 trim, 2019. Legislação Federal e marginalia.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** Brasília: SENAD, 448 p., 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília: SNAS, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.** 1ª ed. Brasília, 72 p., 2009.

BRASIL. **Portaria nº.3588 de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 de dez. de 2017.

BRASIL. Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social. **Orientação Técnica Nº 03: Prontuário do SUAS e a relação com o RMA e a Vigilância Socioassistencial.** Curitiba: SEDS, 2015.

GONÇALVES, A. M. et al. **Atenção Socioassistencial a usuários de crack e outras drogas: um debate sobre a realidade de Iguatu (CE).** In: VII Jornada Internacional Políticas Públicas, São Luís, MA, 13 p., 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/atencao-socioassistencial-a-usuarios-de-crack-e-outras-drogas-um-debate-sobre-a-realidade-de-iguatu.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2022.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. e TOSCANO, A. (orgs.), **Dependência de Drogas.** São Paulo: Editora Atheneu, 2001. P. 25-34

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jun. 2011.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves, SILVEIRA, Dartiu Xavier da, ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **São Paulo: Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.

NERY FILHO, A., et al. orgs. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, 308 p. Drogas: clínica e cultura collection. ISBN 978-85-232- 0882-0.

RUSH, B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 27, n. 6, p. 617-36. 2010.

ZEFERINO, Maria Terezinha; FERMO, Vivian Costa. Prevenção ao uso/abuso de drogas. **Proenf: Saúde do adulto**. v. 2, n. 7, p. 9-42, 2012. Disponível em: [https://grupoapis.ufsc.br/files/2016/12/ProENF-SA\\_1\\_Prevencao-ao-uso-de-drogas-1-1.pdf](https://grupoapis.ufsc.br/files/2016/12/ProENF-SA_1_Prevencao-ao-uso-de-drogas-1-1.pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.

## REFERÊNCIAS

ACCORSSI, Aline; SCARPARO, Helena; GUARESCHI, Pedrinho. **A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social.** Psicologia & Sociedade, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 536-546, 2012.

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

BAILEY, K. D. **Methods of social research.** New York: Free Press, 1982

BASTOS, F. I. P. M. et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: 5 p. maio/jun., 2 trim, 2010. Legislação Estadual e Marginalia.

BRASIL. **Decreto nº 1.888, de 21 de novembro de 2008.** Regulamenta o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização, Recuperação e Repressão de Entorpecentes e o Fundo Especial Antidrogas, previstos na Lei nº 13.641, de 27 de dezembro de 2005. Florianópolis, SC: 21 de novembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** Brasília, DF: Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas, SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 6. ed. 312 p., 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão Conselho Estadual de Entorpecentes. **Políticas Públicas Sobre Drogas: Manual de Orientações.** Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina e CONEN, 2007. 174p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** Brasília, DF: SENAD, 2013. 448 p.

BRASIL, Presidência da República. **Decreto nº9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas Brasília, DF: Ministério da Saúde, MS 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, Brasília, DF: MS, Seção 1, p. 230-232, 26 dez. 2011. Legislação Federal e Marginalia.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3588 de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 de dez. de 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília, DF: SNAS, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.** 1ª ed. Brasília, DF: MDS, 72 p., 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o PAIF.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, SNAS, p.15, 2012. 112 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006**. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: MDS, p. 1-47, nov/dez, 4. trim, 2009. Legislação Estadual e Marginália.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social. **Censo SUAS 2014: Análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional da Assistência Social**. Brasília, DF: MDS, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF – Famílias e Proteção Social Básica do SUAS**. Brasília, DF: MDS, v. 1 e 2, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, MDS, 2014. 64 p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.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. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República, 27 p. julh/agos.,3 trim, 2006. Legislação Federal e Marginália.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República, julh/agost., 3 trim, 2011. Legislação Federal e Marginália.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560 [...], para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República, v.198, 15 p. maio/jun, 2º trim, 2019. Legislação Federal e marginalia.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social, n. 8.742, de 7 de setembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, DF: Presidência da República. 16 p. nov/dez., 5 trim., 1993.

BRASIL. Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social. **Orientação Técnica Nº 03: Prontuário do SUAS e a relação com o RMA e a Vigilância Socioassistencial**. Curitiba: SEDS, 2015.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e exercícios**. 7 ed. Rev. Madrid: Paraninfo, 1991.

BICALHO, P. P. **Em nome da Proteção do Cuidado, que formas de sofrimento e exclusão tempos produzido?** Conselho Federal de Psicologia: Drogas, Direitos Humanos e Laço Social, pp 17-21, 2013.

BUCHER, R. Visão Histórica e Antropológica das Drogas. In R. Bucher (Org.), **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas**, v. 2, pp. 17-30. Brasília: Ed. Da Universidade de Brasília, 1989.

CAPISTRANO, F. C; FERREIRA, A. C. Z.; SILVA, T. L.; KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A. **Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários**. Escola Anna Nery, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 234-241, jun. 2013.

- CARNEIRO, Henrique. O uso das drogas na sociedade. *In*: ASSIS, B. F.; BOING, F. A. (orgs). **Álcool e outras drogas: da coerção à coesão**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 409 p., 2016.
- CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.
- DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2008.
- DELEUZE, G. **Post-scriptum sobre as sociedades de controle**. Trad. Peter Pál Pelbart. 1990.
- ESCOHOTADO, A. **Las Drogas: De los orígenes a la prohibición**. Madrid. Alianza Editorial, 1994.
- FARIA, J. G. de; SCHNEIDER, D. R.. **O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health**. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 324-333, dez. 2009.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir. Nascimento da prisão**. 20ª ed. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.
- FOUCAULT, M. Microfísica do poder (2006). Apud ROSATO, C. M. **A vida das mulheres infames : genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua**. Programa de Pós-graduação em Psicologia: - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH., P 246, 2018.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade** (1988). Apud REED, Andrew; Foucault e o discurso sobre “drogas”: Da definição do objeto à incorporação dos desvios. *In*: Revista Intratextos, 2013, vol 4, no1, p. 162-179. DOI: 10.12957/intratextos.2013.8459
- FRASER, N. **Reconhecimento sem ética?** Trad. Ana C. F. Lima e Mariana P. Fraga Assis. *In*: Lua Nova, 70. São Paulo, 2007. P. 101-138.
- GONÇALVES, A. M., et al. **Atenção Socioassistencial a usuários de crack e outras drogas: um debate sobre a realidade de Iguatu (CE)**. *In*: VII Jornada Internacional Políticas Públicas, São Luís, MA, 13 p., 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/atencao-socioassistencial-a-usuarios-de-crack-e-outras-drogas-um-debate-sobre-a-realidade-de-iguatu.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. V. dos; FREITAS, R. C. de; ARAUJO, R. B. **Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS)**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 101-108, ago. 2008.
- LABATE, B. C.; FIORE, M.; GOULART, S. L. Introdução. *In*: LABATE, Beatriz Caiube et al. (Orgs). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, p. 23., 2008.
- LEMOS, T. Conceito de drogas e seu padrão de uso. p. 58 - 59. *In*: LOPES, Marcos Antônio; LEMOS, Tadeu; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro (orgs). **Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas**. Florianópolis: Letra Editorial, 2013. 120 p..
- LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACRAE, Edward. **A história e os contextos socioculturais do uso de drogas**. Cap. 1. p. 29 - 42. *In*: BRASIL, 2017.

MACRAE, Edward. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. *In*: SEIBEL, S. D. e TOSCANO, A. (orgs.), **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. P. 25-34

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, v. 32, p.123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MINAYO, M. C. de S. A Complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **In: Toxicomanias: Uma Organização Multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEAPD/UERJ; Sette Letras, 1998.

MINAYO, M. C. de S. Ciência Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, S.F.; NETO, O. C.; GOMES, R. MINAYO (org.). **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 18ª ed., 2001.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jun. 2011.

MONTEIRO, C. F. de S.; SILVA, F. M. D.; SALES, M. M. I.; VARELA, S. S. D. **Rede de Saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 2016

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. da, ANDREOLI, S. B. **Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde**. São Paulo: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.

NERY FILHO, A., et al. orgs. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, 308 p. Drogas: clínica e cultura collection. ISBN 978-85-232- 0882-0.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.

OLIVENSTEIN, Claude. A diabolização do toxicômano, Paris, 10 ago. 1994. **Entrevista realizada por Maria Luiza Mota Miranda**. *In*: Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 271.

PANSSINI, A. L. de L.. **A Interseccionalidade entre Saúde e Assistência Social no município de Vitória/ ES**. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

PASQUALINI, M. **Fordismo: Uma análise aplicada aos casos do Brasil e Japão**. 2004. 67 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Economia296364.PDF>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.

ROSATO, C. M. **A vida das mulheres infames : genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua**. Programa de Pós-graduação em Psicologia: - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH., P 246, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Revista Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

RUSH, B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs**, v. 27, n. 6, p. 617-36. 2010.

SCARVONE, L. (1985). **As múltiplas faces da maternidade**. Cadernos de Pesquisa, (54),

37-49. Apud MEDEIROS, T. K.; MACIEL, K. S.; SOUSA, F. P. A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento Páidéia. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, vol. 27, núm. 1, Suppl., pp. 439-447, 2017.

SCIVOLETTO, S. et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. Rio de Janeiro: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 52 (5): 341-348, 2003.

SILVEIRA, D. X.; DOERING, S. E. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. *In*: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. (orgs.). **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. SENAD/ MJ/ NUTE - UFSC, 312 p. Cap. 3, 2014. p. 69 – 85.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Relatório Mundial Sobre Drogas 2022. ONU, 2012.

ZEFERINO, M. T.; FERMO, V. C. **Prevenção ao uso/abuso de drogas**. Proenf: Saúde do adulto. v. 2, n. 7, p. 9-42, 2012. Disponível em: [https://grupoapis.ufsc.br/files/2016/12/ProENF-SA\\_1\\_Prevencao-ao-uso-de-drogas-1-1.pdf](https://grupoapis.ufsc.br/files/2016/12/ProENF-SA_1_Prevencao-ao-uso-de-drogas-1-1.pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.

# ANEXO A – FORMULÁRIO DE INQUIRIÇÃO PARA ABERTURA DE PRONTUÁRIO



Data de abertura do prontuário: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA E ENDEREÇO DA FAMÍLIA	
Nome Completo da Pessoa de Referência: _____	
Apelido (caso seja relevante): _____	
Nome da mãe: _____	
NIS da Pessoa de Referência:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	CPF:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
RG:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Órgão: _____ UF:  _ _
Data de emissão: ___/___/___	
Endereço (Rua, Av.): _____	
Bairro: _____	UF: _____ CEP:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Município: _____	Complemento: _____
Ponto de Referência: _____	
Telefones de Contato: _____	
Localização do Domicílio: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural ( ) <i>Assinale caso o endereço seja de um Abrigo</i>	
ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO	
Data de atualização: ___/___/___	
Endereço (Rua, Av.): _____	
Número: _____	Complemento: _____ Bairro: _____
Município: _____	UF: _____ CEP:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Ponto de Referência: _____ Telefone de Contato _____	
Localização do Domicílio: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural ( ) <i>Assinale caso o endereço seja de um Abrigo</i>	

## FORMA DE INGRESSO NA UNIDADE E MOTIVO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

De que forma a família (ou membro da família) acessou a Unidade para o primeiro atendimento?

- Por demanda espontânea
- Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica
- Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial
- Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- Em decorrência de encaminhamento realizado outras políticas setoriais
- Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)
- Outros encaminhamentos

Sempre que o acesso for decorrente de algum encaminhamento, identifique detalhadamente o Nome e Contato do órgão/unidade que encaminhou o usuário: \_\_\_\_\_

Quais as razões, demandas ou necessidades que motivaram este primeiro atendimento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

Bolsa Família  BPC  PETI  Outro(s) Programa(s) prioritário(s): \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR** Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de Ordem	Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência)	Sexo	Data de Nascimento DD/MM/AA	Idade	* Parentesco com a pessoa de Referência	Assinale em caso de Pessoa com Deficiência	** Assinale caso seja identificada necessidade de providenciar documentação civil da pessoa
1		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
2		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
3		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
4		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
5		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
6		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
7		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
8		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
9		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
10		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
11		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
12		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
13		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE
14		( ) M ( ) F	___/___/___			( )	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> TE

\* Códigos de Parentesco: 1 - Pessoa de Referência; 2 - Cônjuge/ companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Entead(a); 5 - Neto(a), Bisneto(a); 6 - Pai/ Mãe; 7 - Sogro(a); 8 - Irmão/irmã; 9 - Genro/Nora; 10 - Outro parente; 11 - Não parente  
 \*\* Documentação a ser providenciada: CN=Certidão de Nascimento / RG=Carteira de Identidade / CTPS=Carteira de Trabalho e Previdência Social / CPF=Cadastro de Pessoa Física / TE=Titulo de Eleitor

Atenção: Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão da família, óbito etc) marque um "X" sobre o número de ordem e realize na página ao lado as observações relativas a data e motivo da exclusão.

**Perfil Etário do Grupo familiar**

Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)
Pessoas de 0 a 6 anos			
Pessoas de 7 a 14 anos			
Pessoas de 15 a 17 anos			
Pessoas de 18 a 29 anos			
Pessoas de 30 a 59 anos			
Pessoas de 60 a 64 anos			
Pessoas de 65 a 69 anos			
Pessoas com 70 anos ou mais			
Total de Pessoas na Família			

**Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família**

- Família/pessoa em situação de rua
- Família quilombola
- Família ribeirinha
- Família cigana
- Família indígena residente em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Família indígena não residente em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_



**CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA** Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de Ordem)	Idade	Possui Carteira de Trabalho?	Condição de Ocupação			Possui qualificação profissional?	Caso sim, qual?	Renda Mensal (R\$) Aqui não devem ser considerados recursos recebidos de Programas Sociais, tais como BPC ou Bolsa Família		
				1ª Anotação	Atualização	Atualização			1ª Anotação	Atualização	Atualização
1			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
2			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
3			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
4			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
5			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
6			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
7			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
8			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
9			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
10			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
11			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
12			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
13			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				
14			( ) Sim ( ) Não				( ) Sim ( ) Não				

**Códigos da Condição de Ocupação:**  
0 - Não Trabalha; 1 - Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); 2 - Trabalhador temporário em área rural; 3 - Empregado sem carteira de trabalho assinada; 4 - Empregado com carteira de trabalho assinada; 5 - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; 6 - Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada; 7 - Trabalhador não-remunerado; 8 - Militar ou servidor público; 9 - Empregador; 10 - Estagiário; 11 - Aprendiz (em condição legal)

Renda total da família: (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

Renda familiar per capita (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

A família recebe dinheiro de algum Programa Social?  
 Não  Sim Atualizações: ( ) S ( ) N / ( ) S ( ) N

Anote o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais

Bolsa Família - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

BPC - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

PETS - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Outros - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

Para famílias que recebem o BPC, indique o número de ordem da(s) pessoa(s) beneficiária(s):  
Nº de Ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família é aposentado ou pensionista?  
 Não  Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Qual a renda total da família, **incluído o valor recebido de programas sociais?**  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

Qual a Renda familiar per capita, **incluído o valor recebido de programas sociais?**  
R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

Atenção! Fique atento para identificar famílias potencialmente elegíveis aos programas transferência de renda e que ainda não recebem o benefício ao qual têm direito. Observe sempre regras específicas de cada Programa/Benefício.



CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA		
Características do Domicílio	Marque o item correspondente	Utilize para atualização do domicílio
<b>a. Tipo de residência</b>		
Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Material das paredes externas do domicílio</b>		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Acesso a energia elétrica</b>		
Sim, com Medidor próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, com Medidor compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, sem medidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui energia elétrica no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Possui água canalizada</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Forma de abastecimento de água</b>		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisterna de captação de águas de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. Escoamento sanitário</b>		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa séptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa rudimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direto para vala, rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicílio sem banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Coleta de lixo</b>		
Sim, coleta direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, coleta indireta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui coleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Qual o número total de cômodos do domicílio</b>		
Número de Cômodos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório</b>		
Número de dormitórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios?</b>		
Número médio de pessoas por dormitório	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?</b>		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui condições de acessibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS					
Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
1	__/__/__				
2	__/__/__				
3	__/__/__				
4	__/__/__				
5	__/__/__				
6	__/__/__				
7	__/__/__				
8	__/__/__				
9	__/__/__				
10	__/__/__				
11	__/__/__				
12	__/__/__				
13	__/__/__				
14	__/__/__				
15	__/__/__				
16	__/__/__				
17	__/__/__				
18	__/__/__				
19	__/__/__				
21	__/__/__				
21	__/__/__				
22	__/__/__				
23	__/__/__				
24	__/__/__				
25	__/__/__				
26	__/__/__				
27	__/__/__				
28	__/__/__				
29	__/__/__				
30	__/__/__				
31	__/__/__				
32	__/__/__				
33	__/__/__				
34	__/__/__				
35	__/__/__				
36	__/__/__				
37	__/__/__				
38	__/__/__				
39	__/__/__				
40	__/__/__				

**Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:**

1 - Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastro/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros



**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA, SANTA CATARINA.**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHOÇA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
**CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
 Rua Egídio Moreira, s/n – Barra do Aririú – Palhoça/SC  
 Fone: (048) 3341-6208

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que esta instituição dá garantia que o acesso aos prontuários se dará de forma a assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato dos participantes (coletados pelos prontuários). Uma das formas que buscam garantir integralmente o anonimato dos participantes é a ciência da pesquisa por parte da instituição, tendo o pesquisador a impossibilidade de retirada do material do seu espaço físico de armazenamento, realizando o compilamento de informações obrigatoriamente neste local. Caso necessário, os usuários serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação.

Dado isso, eu como responsável legal pela instituição autorizo a execução do projeto de pesquisa: **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SUAS: UMA ANÁLISE DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DA PALHOÇA.**

Palhoça, 29/10/2014.....

ASSINATURA: *Andréia Soares Pereira*.....

Andréia Soares Pereira  
 Assistente Social  
 CRESS 003786

NOME : *Andréia Soares Pereira*.....

CARGO : *Gerente*.....



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALHOÇA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
**CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
 Rua Egídio Moreira, s/n – Barra do Aririú – Palhoça/SC  
 Fone: (048) 3341-6208

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que esta instituição dá garantia que o acesso aos prontuários se dará de forma a assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato dos participantes (coletados pelos prontuários). Uma das formas que buscam garantir integralmente o anonimato dos participantes é a ciência da pesquisa por parte da instituição, tendo o pesquisador a impossibilidade de retirada do material do seu espaço físico de armazenamento, realizando o compilamento de informações obrigatoriamente neste local. Caso necessário, os usuários serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação.

Dado isso, eu como responsável legal pela instituição autorizo a execução do projeto de pesquisa: **ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SUAS: UMA ANÁLISE DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DA PALHOÇA.**

Palhoça, 24/06/21.....

ASSINATURA: Josiane G. Silva.....

NOME: Josiane Cristina da Silva.....

CARGO: Gerente Geral Proteção Social Básica.....

Josiane Cristina Silva  
 Proteção Social Básica  
 Gerente Geral