

## IMPORTÂNCIA DO CAPS I NA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE DROGAS

Fernanda Lozorio Belote Marques<sup>1</sup>; Cristiane Koehler Bungenstab<sup>1</sup>; Thays Meira<sup>2</sup>

1- Acadêmico do curso de Serviço Social Multivix – Serra

2- Assistente Social e Especialista em Saúde da Criança e Adolescente – Professor Multivix - Vitória

### RESUMO

As políticas públicas de saúde mental foram modificadas com o passar do tempo, relacionando-se diretamente com as modificações culturais da sociedade e seu contexto econômico. Atualmente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o principal modelo assistencial a pacientes de saúde mental, incluindo os usuários de drogas. O objetivo do trabalho é percorrer a história da saúde mental pública brasileira até a formação do CAPS, compreender seu funcionamento e principalmente a importância para os usuários de drogas lícitas e ilícitas. Foi realizada uma revisão de literatura acerca do tema, utilizando os seguintes termos de busca: política de saúde, saúde mental, centro de atenção psicossocial e reforma psiquiátrica. Observou-se o longo caminho percorrido pela saúde mental pública brasileira e toda transformação necessária para que o modelo manicomial fosse substituído pelo modelo não hospitalocêntrico. Os CAPS em suas distintas subdivisões constituem o acolhimento dos usuários de drogas e suas famílias, ofertando tratamento adequado, bem como a realização de atividades que auxiliem na reinserção social destes pacientes, dando assim dignidade ao cidadão com estes transtornos. O CAPS funciona com uma equipe multidisciplinar para que os pacientes possam receber apoio sob todas as óticas. No Brasil, o CAPS I é o mais utilizado, visto que pode ser implementado em cidades pequenas. É possível concluir que o CAPS I, por ser o único encontrado em muitos municípios no Brasil, é um modelo importante de assistência ao usuário de drogas e sua família.

Palavras - Chave: saúde mental, saúde pública, álcool, drogas.

### 1. INTRODUÇÃO

A situação da saúde mental na visão panorâmica histórica do Brasil, demonstra que o atual contexto no país não é fruto apenas de lutas recentes, ao contrário, construiu-se gradativamente (COSTA; LOTTA, 2021). Segundo a Constituição Federal de 1988 a saúde é direito de todos os indivíduos e dever do Estado. A partir desta premissa foram criadas as Leis nº 8.080/90 do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990<sup>a</sup>) e nº 8.142/90, que visam atender à toda população de forma integralizada, constituindo as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990b) e devido as mudanças da necessidade da sociedade sofrem alterações até hoje.

De acordo com VIACAVA *et al.* (2018), a implementação do SUS demonstra avanços significativos na busca de efetivar seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde, buscando respostas e soluções para o enfrentamento das necessidades dos usuários como: eliminação ou controle de outras doenças infectocontagiosas pela maior cobertura vacinal e seu tratamento adequado; expansão da cobertura da atenção básica; ampliação da atenção as urgências; saúde mental não manicomial, do apoio e diagnóstico, das terapias especializadas e da assistência farmacêutica; e diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica. Estes fatores contribuem para redução da mortalidade

infantil (MALTA *et al.* 2018) e aumento da expectativa de vida da população (VIACAVA *et al.* 2018).

A Lei 8.080/1990 apresenta os princípios doutrinários do SUS, destacando-se a universalidade, integralidade e equidade. A universalidade garante que a saúde seja um direito de todos e coloca à disposição serviços de saúde eficazes e eficientes a todos que necessitam; a integralidade considera as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, garantindo que o atendimento seja humanizado e a equidade existe para diminuir diferenças sociais e regionais em relação à saúde no país (BRASIL, 2000). Para realização da atenção básica de qualidade, o acolhimento do indivíduo e as medidas de promoção à saúde precisam ser ofertadas de modo correto. Deve-se considerar o quadro de riscos de morbimortalidade, a atenção à grupos populacionais mais vulneráveis (ex: portadores de doenças crônicas (SCHENKER; COSTA, 2019) e saúde mental), os custos crescentes das ações de saúde e a promoção de hábitos saudáveis, dentre outros (NETO; BARBOSA, 2018).

A partir das necessidades de uma das populações mais vulneráveis, surgiu a política de saúde mental, que no Brasil está associada a criação do SUS, mudanças da sociedade, mobilização de profissionais e descentralização da administração da saúde (ALMEIDA, 2019). A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é baseada na lei 10.216/2002, deve ser implementada em todo território nacional e tem como base um modelo de saúde mental aberto e comunitário, excluindo-se então o isolamento do indivíduo. A lei preconiza a realização do tratamento de forma integrada com a sociedade e a família. A partir do decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 e da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 foi pactuada a Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas direcionando o atendimento não somente às pessoas com transtornos mentais, mas também a usuários de drogas. Os cuidados ofertados estão relacionados ao que a comunidade possui como recurso (BEZARRA Jr. 2007), no entanto idealiza uma rede de serviços como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), programa Volta para Casa e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (COSTA; LOTTA, 2021).

Atualmente o CAPS é considerado a principal estratégia da reforma psiquiátrica, pois se mostrou mais efetivo que o modelo hospitalocêntrico (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021). Ele presta acolhimento e assistência aos pacientes com transtornos mentais e suas famílias através de uma ótica interdisciplinar para que os pacientes mentais possam ser reintegrados a família e/ ou comunidade da forma mais adequada. Por isso, estudos nesses ambientes são necessários (COSTA; LOTTA, 2021)

A partir do exposto este trabalho possui o objetivo de realizar uma revisão bibliográfica sobre as políticas públicas de saúde mental, com ênfase na formação do CAPS e na relação do CAPS I com os usuários de drogas lícitas e ilícitas.

## **2. METODOLOGIA**

O trabalho se trata de uma revisão narrativa. Segundo Cordeiro *et al.* (2007) este tipo de revisão:

apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (CORDEIRO, *et al.*, 2007, p.429).

A revisão percorre o caminho das políticas públicas no Brasil, demonstrando o surgimento das políticas públicas de saúde mental com suas importantes modificações como a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica e a utilização atual da RAPS, com ênfase na importância do CAPS I pelos usuários de drogas. Desta forma, foram escolhidos para compor a revisão narrativa trabalhos de revisão que abordam a história das políticas públicas de forma narrativa ou crítica. Para explicar a importância do CAPS I para o usuário de drogas lícitas e ilícitas foram selecionados artigos autorais que apresentam dados regionais sobre essa relação.

A coleta de dados foi realizada por meio de busca de artigos nas bases: Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, PubMed, Periódicos CAPES e Google Acadêmico. Os termos utilizados para compor a busca foram: “política de saúde”, “saúde mental”, “Centro de Atenção Psicossocial”, “CAPS” e “reforma psiquiátrica”. Para efetuar a busca, diferentes agrupamentos dos termos foram realizados. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos completos, disponíveis gratuitamente, realizados no Brasil e em português.

## **3. REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 Políticas Públicas de Saúde**

A política pública apresenta diferentes conceitos ao longo de sua construção e da óptica pela qual é avaliada, por isso é vista como algo muito complexo. Desta forma, qualquer definição de política pública pode ser considerada arbitrária (SECCHI, 2013). No entanto alguns conceitos são bem definidos e claros como o de Wilian Jenkins (1978).

Um conjunto de decisões interrelacionadas tomadas por um ator ou grupo de atores políticos com respeito à seleção de objetivos e meios de alcançá-los no contexto de uma situação específica aonde essas decisões deveriam, em

princípio, estar na esfera de poder desses atores para alcançá-los (tradução livre de HERINGER, 2018, p.24).

Secchi (2013) considera serem necessários pelo menos três aspectos distintos envolvidos: 1- A política pública é exclusiva aos agentes estatais; 2- Questionamento acerca da existência ou não de políticas públicas sobre problemas públicos omitidos ou negligenciados pelo Estado; 3- A perspectiva da política pública como decisão estratégica, excluindo assim os projetos e programas de abrangência não estruturante.

Diferentes abordagens surgiram ao longo do tempo, demonstrando a interdisciplinaridade das políticas públicas, no entanto é importante salientar a estreita relação das políticas públicas com a lei, algo que aprove as ações (HERINGER, 2018). As políticas públicas brasileiras possuem muitos desencontros, pois são desenvolvidas por diferentes secretarias que não se comunicam, desta forma a comunicação correta é imprescindível para que haja desenvolvimento integral das mesmas.

No Brasil a Constituição Federal de 1988 instituiu para época importantes avanços sobre a legalidade em relação aos direitos do cidadão, bem como corrigiu algumas inequidades existentes (CARMO; GUIZARDI, 2017). Foi instituído nesta constituição o Sistema de Seguridade Social, garantindo direito universal a saúde por parte do Estado, acesso a assistência social e da previdência social.

O decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. A partir deste decreto as Portas de Entrada são definidas como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS e garante o acesso igualitário e ordenado por meio delas, bem como sua complementação através da rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade. São consideradas portas de entrada os serviços de atenção primária, urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. No entanto, novas portas de entrada podem ser criadas mediante justificativa técnica para atender as características da Região de Saúde (BRASIL, 2011a).

As políticas públicas de saúde são importantes para atender com integralidade, equidade e universalidade toda população, no entanto se torna mais importante quando atinge grupos mais vulneráveis, aqueles que eram esquecidos em outras situações e não possuíam atenção à saúde garantida por lei, desta forma algumas subcategorias foram criadas como por exemplo as políticas públicas de saúde mental (CARMO; GUIZARDI, 2017).

### **3.2 Políticas Públicas de Saúde Mental**

Segundo Sampaio e Júnior (2021) e Costa e Lotta (2021) a trajetória da saúde mental no Brasil passou por diferentes modelos de assistência que foram se modificando de acordo com os contextos econômicos, sociopolíticos e organização do sistema de saúde. O primeiro decreto notável de política pública de saúde mental brasileira é o de nº 82 de 1841 que colocou os alienados na categoria de doente mental (COSTA; LOTTA, 2021), este também foi o ano da criação do Hospício Pedro II (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021). Os decretos posteriores similarmente trataram sobre a definição de doente mental, adicionando novas “problemáticas” à categoria, como as pessoas que cometem delitos (decreto nº 1.132 de 1903), que possuem moléstias mentais congênitas ou adquiridas (decreto nº 8.834 de 1911), condenados com sintomas de loucura (decreto nº 14.831 de 1921) e psicopatas, menores anormais e toxicômanos (decreto nº 24559 de 1934) (COSTA; LOTTA, 2021). No período destes decretos os doentes mentais eram isolados pela sociedade, pois foi criado um modelo de manicômio, no qual as pessoas que perturbavam a ordem eram internadas (COSTA; LOTTA, 2021). Desta forma, conforme Costa e Lotta (2021) o doente mental era enxergado como alguém que atrapalha a ordem e oferece risco a sociedade e por este motivo deveria ser isolado e assim, neste estigma permaneceu por muito tempo.

No ano de 1961 através do decreto nº 49.974 foi a primeira vez que nomenclatura “doente mental” passou a ser denominada “saúde mental”. Além disso, houve iniciativa da flexibilização do modelo manicomial, sugerindo que o cuidado pudesse ser realizado em instituições comunitárias e extra-hospitalares, conforme destaca Sampaio e Júnior (2021). No entanto, após o início da ditadura, até aproximadamente 1978, ocorreu a mercantilização da assistência à saúde mental, com a expansão do sistema manicomial privatista gerando alto índice de internações desnecessárias (PITTA, 2011), mas assim como os hospitais públicos, os privados também não ofertavam serviço de boa qualidade (PAULIN; TURATO, 2004).

Em meados da década de 1970 houve crise no setor da saúde, impactando negativamente na saúde mental, culminando em 1978 com a denúncia de psiquiatras sobre as más condições de tratamento dos internados em hospitais psiquiátricos, com posterior greve dos profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental e a demissão de funcionários dessa divisão (BRASIL, 2005). Assim, surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que propôs o modelo antimanicomial e introduziu como política pública a ideia da reforma psiquiátrica (PAULIN; TURATO, 2004).

A partir de 1984 houve uma grande mobilização para reformulação da saúde mental (PITTA, 2011), ocorrendo em 1987 o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro – RJ) (BRASIL, 2005;). Estes eventos

reuniram diversas problemáticas sobre o tema, ofertando maior visibilidade à temática e criando debates políticos, sociais e acadêmicos mais complexos. Foram as primeiras discussões oficiais sobre os direitos à cidadania do doente mental e originou ações integradas de saúde, iniciando desta forma, a redução da exclusão dos pacientes de saúde mental. Além disso, o II CN do MTSM também adotou o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, sugerindo uma sociedade sem manicômios (BRASIL, 2005)

Segundo Amarante e Nunes apud Sampaio e Junior (2021) os marcos inaugurais da desinstitucionalização foram: a criação em 1987, na cidade de São Paulo, o primeiro CAPS, e em 1989, na cidade de Santos, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). A partir dos marcos iniciais, Paulo Delgado provocou intenso debate político ao apresentar como projeto de lei (nº 3.657) o fechamento e substituição de manicômios por serviços de base comunitária e a regulação da internação psiquiátrica involuntária (AMARANTE; NUNES, 2018).

No início da década de 1990 a partir da Declaração de Caracas, da criação da Coordenação de Saúde Mental e das portarias nº 189/1991 e 224/1992 ocorreu a substituição do modelo hospitalocêntrico, instituindo e redirecionando os recursos públicos para os NAPS e CAPS (TENORIO, 2002). Em 1993 o I Encontro do Movimento da Luta Antimanicomial (Salvador-BA) fortaleceu o modelo, que ganhou mais força até o final da década, culminando em 2000 com a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para reduzir o número de leitos psiquiátricos e a promulgação da proposta de lei de Paulo Delgado 11 anos depois (lei nº 10.216/2001), no entanto foi aprovada de forma menos impactante com mais direcionamento ao modelo de atenção à saúde mental comunitário e menos foco na extinção dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE; NUNES, 2018).

Os progressos positivos permaneceram e em 2002 o atendimento psicossocial foi reestruturado dividindo o CAPS em diferentes modalidades. Em 2003 foi criado o programa “De volta para casa” e em 2008 houve o surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para dar suporte as equipes de saúde da família (BRASIL, 2017). No ano de 2011 a RAPS foi criada com o intuito de integralizar o cuidado e garantir e ampliar o acesso da saúde mental para população (BRASIL, 2017). Essas garantias permitiram melhor assistência e socialização dos usuários da saúde mental, no entanto, segundo Alverga e Dimenstein (2006) e Lima e Gonçalves (20019) as mudanças não foram suficientes para um rompimento com o modelo manicomial, assim as instituições de assistência misturavam práticas inovadoras e tradicionais em um mesmo ambiente.

Em 2016 as discussões sobre o modelo pró-manicomial aumentaram e houve reorganização das RAPS. Ainda neste ano a emenda nº 95/2016 estabeleceu limites para o teto

de gastos das despesas primárias, afetando conseqüentemente o orçamento do SUS e das políticas públicas em saúde mental. Em 2017 através da portaria nº 3.588 e da resolução 32 houve modificação na PNSM com o incentivo a comunidades terapêuticas, inserção dos hospitais psiquiátricos na RAPS, aumento do financiamento para instituições hospitalares especializadas e recriação dos hospitais-dia e ambulatórios. Em 2018 (resolução nº 1) e 2019 (decreto nº 9.761/ 2019) a PNSM foi modificada novamente, principalmente em relação as drogas, com a ratificação e transferência dos recursos para comunidades terapêuticas e com foco na abstinência, assumindo então o risco de objetivar somente a doença, excluindo todas as causas associadas a ela. Ainda em 2019 foi promulgado o decreto nº 9.926 que retirou a participação da sociedade civil da composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

De acordo com Almeida (2019), atualmente existem poucos dados e informações ofertadas pelo governo sobre a Política Nacional de Saúde Mental e os pacientes por ela assistidos. Segundo o Plano Nacional de Saúde 2020-2023, os transtornos ocasionados pelo consumo de substâncias lícitas e ilícitas são considerados problemas de saúde pública pelo conjunto de dados associados. Em 2018 aproximadamente 18% da população adulta no Brasil fazia uso abusivo de bebida alcoólica, percentual 14,8% maior do que em 2006. Também traz informações sobre a RAPS e os serviços e estratégias de organização e cuidado em saúde mental como o CAPS, SRT, UA e Equipe Multiprofissional de Saúde Mental, além do programa PVC, mas de forma superficial, já que apresenta apenas duas páginas sobre a saúde mental ou com dados antigos, como os sobre depressão que são do ano de 2013 (BRASIL, 2021).

A partir da análise da trajetória das políticas de saúde mental, demonstra-se a importância dos CAPS como instrumento de assistência e acolhimento da população vulnerável, é um instrumento que ainda resiste a regressão da reforma psiquiátrica brasileira.

### **3.3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os CAPS são unidades especializadas em saúde mental direcionadas para reinserção social (reintegração com a família e sociedade) e tratamento de indivíduos com transtornos mentais. Possui equipe profissional multidisciplinar e oferta atividades individuais e coletivas para assegurar atendimento adequado a esses pacientes. Realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo os usuários de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2002). Por essas características é considerado um local de acolhimento, visto que é criado um vínculo entre o paciente e os profissionais (DUARTE *et al.*, 2019).

A portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 é a primeira a apresentar as organizações dos CAPS em CAPS I, CAPS II e CAPS III. No entanto outras necessidades surgiram e

atualmente o funcionamento do CAPS é baseado na portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que definiu a organização dos CAPS como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i, posteriormente também foi adicionado a esta organização o CAPS AD IV pela portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. As subdivisões estão relacionadas as funções e localidades de implementação dos mesmos. O artigo 7º, § 4º da portaria nº 3088/2011 dispõe sobre a organização dos CAPS da seguinte forma

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011b, Portaria nº 3.088/11).

A portaria nº 3.588/ 2017 adiciona ao artigo nº 7 da portaria nº 3.088/2011 o adendo VII que define a organização do CAPS AD IV como.

§ 4º

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas

de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (BRASIL, 2017, Portaria nº 3.588/2017)

Devido sua importância na reforma psiquiátrica, o desenvolvimento do modelo extra-hospitalar recebeu redirecionamento financeiro federal consistente a partir de 2001, incluindo verba para implementação e ampliação no número de CAPS (FRAZATTO; FERNANDES, 2021). A partir de 2011 houve uma elevação ainda maior de investimento em CAPS (BRASIL, 2015a). Considerando a necessidade de assistência aos pacientes, a portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 instituiu recurso financeiro fixo destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial e a portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 instituiu incentivo financeiro para construção de CAPS e UA (BRASIL, 2013). Estes investimentos federais na criação e implementação das unidades permitiram o aumento de números de CAPS, UA, SRT e leitos de saúde mental em hospital geral habilitados na RAPS nos municípios, no entanto não proporcionaram cobertura em todo território nacional e pelo menos um CAPS I em todos os municípios (BRASIL, 2021).

Atualmente o Plano Nacional de Saúde 2020-2023 apresenta dados sobre o número de CAPS, UA, SRT e leitos de saúde mental em hospitais habilitados na RAPS e de beneficiários do PVC. Os dados mostram a evolução dos números durante o período de 2016 a 2019, com aumento no número de unidades em todas as subdivisões. Até junho de 2019 o Brasil apresentava 2591 CAPS, conforme distribuição apresentada na tabela abaixo. 61 UA, 63 SRT, 1505 leitos de saúde mental em hospital geral e 4.485 beneficiários do PVC. Na comparação entre os anos, há maior crescimento no número de leitos de saúde mental em hospital geral (40,4%), seguido por SRT (30%). Os menores aumentos foram dos beneficiários do PVC (0,9%) e do número de CAPS que cresceu apenas 5,8%, demonstrando o baixo investimento atual em criação e implementação de novos CAPS. A quantidade de CAPS e suas subdivisões até julho de 2019 podem ser observados na Tabela 1 (BRASIL, 2021).

Tabela 1. Número de CAPS e suas subdivisões no Brasil até julho de 2019.

<b>Modelo de CAPS</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
CAPS I	1272	49,1%
CAPS II	517	19,95%
CAPS AD	331	12,77%
CAPS i	249	9,61%
CAPS AD III	115	4,44%
CAPS III	107	4,13%
<b>TOTAL</b>	<b>2591</b>	<b>100%</b>

Fonte: adaptada de BRASIL (2021).

A partir dos dados do Plano Nacional de Saúde, pode-se inferir a importância da compreensão do funcionamento do CAPS I. Para operar, é necessário que haja uma equipe mínima de multiprofissionais constituída de acordo com as orientações do Ministério da Saúde que pode ser identificada na Tabela 2. Observa-se que o quadro de funcionários do CAPS I pode variar entre as unidades e o tempo, já que é constituída por diferentes profissionais (BRASIL, 2015b).

Tabela 2. Constituição da equipe mínima de profissionais para funcionamento do CAPS I.

<b>Profissional</b>	<b>Quantidade</b>
Enfermeiro	01
Médico com formação em saúde mental	01
Profissionais de nível superior (assistente social, psicólogo, pedagogo, educador físico, terapeuta ocupacional ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico)	03
Profissionais de nível médio (artesão, técnico administrativo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e técnico educacional)	04
<b>Total mínimo de profissionais para funcionamento do CAPS I</b>	<b>09</b>

Fonte: Adaptada de Brasil (2015b)

Devido a organização dos CAPS, o CAPS I é o modelo de assistência em maior quantidade no Brasil, visto que pode ser implementado em municípios a partir de 15 mil habitantes (BRASIL, 2021), por isso em muitas cidades pequenas é considerado o principal modelo de assistência e reintegração social dos usuários de drogas lícitas e ilícitas. Desta forma, configura-se a importância da compreensão do papel do CAPS I na assistência a estes pacientes.

### **3.4 Usuários de Drogas Lícitas e Ilícitas e Sua Relação com o CAPS I**

A utilização de drogas lícitas e ilícitas é um problema mundial e os esforços realizados pelas instituições não estão obtendo resultados muito efetivos, visto que a utilização global dessas substâncias é crescente e intensificada nos países em desenvolvimento (UNODOC, 2020). No Brasil, uma pesquisa de âmbito nacional revelou o álcool como droga mais utilizada no país, seguido de tabaco, maconha/haxixe/skank, cocaína, solventes, crack e similares, LSD, ecstasy/MDMA, drogas injetáveis, chá de Ayahuasca, heroína e quetamina. Aproximadamente 2,3 milhões de pessoas apresentaram dependência de álcool e 1,2 milhões a substância distinta de álcool ou tabaco nos 12 meses anteriores a realização da mesma, e apenas 1,6 milhões de indivíduos realizaram, em algum momento da vida, tratamento para o uso de álcool, tabaco ou outras substâncias (FIOCRUZ, 2017). A partir deste cenário, o acolhimento a estes pacientes e suas famílias se torna imprescindível e o CAPS possui grande protagonismo neste contexto (ANDOLFATTO *et al.*, 2016).

O atendimento ao paciente no CAPS pode ocorrer através do encaminhamento pelo programa de saúde da família ou outros serviços de saúde, e também a partir da procura direta

do paciente, que pode ir sozinho ou acompanhado pela família (BRASIL, 2004). Usuários de álcool e drogas possuem atendimento diferenciado no CAPS Álcool e Drogas e suas variações CAPS AD, CAPS AD III e CAPS AD IV, estes que são modelos mais direcionados ao indivíduo com transtorno mental ocasionado por este tipo de substância, no entanto, eles só podem ser encontrados em cidades a partir de 50.000 habitantes e por isso em municípios menores, este público é atendido pelo CAPS I.

O paciente do CAPS I é acolhido e direcionado para realização das atividades necessárias como preenchimento de formulários com informações básicas, consulta com psiquiatra e escolha das atividades que irá realizar dentro da instituição. Muitas oficinas são ofertadas pelos CAPS I, no entanto é importante frisar que estas devem estar relacionadas as necessidades daquela população, assim algumas oficinas que funcionam bem em uma região, podem não funcionar tão bem em outra localidade, visto que o Brasil é um país de tamanho continental com grandes diferenças culturais. Desta forma, podem ser encontradas diversos tipos de atividades realizadas com estes pacientes, como por exemplo teatro (FILHO *et al.*, 2018), música (BATISTELA *et al.*, 2020), técnicas de relaxamento, rodas de conversa, artesanato e práticas corporais (RIBEIRO, 2008).

Além das consultas com especialistas e oficinas com múltiplas funções na reabilitação do paciente, outro ponto importante do CAPS é a inserção da família no tratamento, desta forma ela se sente mais acolhida, recebe apoio, passa a compreender o assunto de forma ampla e é orientada quanto ao que deve fazer durante as crises dos pacientes. A assistência às famílias pode ser individualizada, na forma de visita domiciliar, grupo de família e/ou acolhimento em espaços relevantes (LIMA, 2017). A relação da família, paciente e equipe de profissionais do CAPS deve ser alinhada com um objetivo em comum, para que um laço de confiança seja estabelecido, este que ocasiona aumento da aceitação do tratamento pelo paciente e evita seu isolamento, assim a família se torna um aliado ao conjunto medicação e medidas terapêuticas ofertadas pela equipe interdisciplinar (LIMA, 2017).

A interação com a família é importante para que a equipe possa compreender o contexto no qual o paciente está inserido, todavia outros fatores ambientais também são primordiais para essa construção (ROSA, 2003), por isso pesquisas com o perfil dos usuários no CAPS são necessárias, pois agregam experiências e relatos para comparação e embasamento das tomadas de decisão (MENDES; LIRA, 2020).

Mendes e Lira (2020) pesquisaram a utilização de CAPS por crianças e adolescentes (6 a 18 anos) na Macrorregião I de saúde de Pernambuco e encontraram que a principal faixa etária de atendimentos foi em meninos entre 14 e 18 anos (65%) e a menor em meninas com idade

entre 6 e 9 anos (0,003%); as principais substâncias utilizadas foram múltiplas substâncias psicoativas (62,01%), seguido por canabinoides (25,56%) e álcool (9,48%). Dos atendimentos realizados, a maior parte foi no CAPS AD (67,18%) seguido pelos CAPS i (16,52%) e CAPS I (12,15%), demonstrando a necessidade de melhoras no ambiente do CAPS I para realização deste tipo de atendimento com as crianças e adolescentes. Kantoski *et al.* (2011) identificaram mulheres com média de idade de 42 anos como principais usuárias de CAPS I e II na região Sul do Brasil, no entanto o estudo identificou outro fator importante a ser considerado pela equipe multidisciplinar o “estado geral de saúde do indivíduo” este que influencia diretamente no tratamento e por isso precisa ser sempre considerado. Andolfatto *et al.* (2016) caracterizaram o perfil do usuário de álcool e drogas atendidos pelo CAPS I no município de Videira – SC, este que por ser pequeno só apresenta esta modalidade de CAPS. Destacam-se os principais resultados encontrados por Andolfatto *et al.* (2016) e Kantoski *et al.* (2011) na Tabela 3.

Tabela 3. Perfil dos usuários de CAPS identificados por Kantoski *et al.* (2011) e Andolfatto *et al.* (2016).

<b>Principais dados sobre o perfil dos usuários de CAPS</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Principais problemáticas de saúde dos usuários dos CAPS I e II na região Sul do Brasil (KANTOSKI <i>et al.</i>, 2011)</b>	
Hipertensão	45%
Outros	27%
Obesidade	12%
Diabetes	10,9%
Câncer	4,8%
DST	1,8%
<b>Perfil do usuário de álcool e drogas atendidos pelo CAPS I no município de Videira – SC (ANDOLFATTO <i>et al.</i>, 2016)</b>	
	<b>Porcentagem</b>
Empregados	42,86%
Desempregados	18,37%
Afastado das funções laborais	14,29%
Álcool como substância preferida	57%
Maconha	12,24%
Cocaína	8,17%
Homens	89,90%
Usuários que atribuíram nota 10 aos serviços do CAPS	81,64%

Fonte: adaptada de Kantoski *et al.* (2011) e Andolfatto *et al.* (2016).

O número de pacientes desistentes do tratamento no CAPS é considerado alto, deste modo o alinhamento das estratégias da equipe multiprofissional é essencial para que ela não ocorra (PEIXOTO *et al.*, 2017). A busca ativa do usuário realizada pelos profissionais pode auxiliar na compreensão dos motivos de desistência do tratamento e conseguir o retorno do paciente (BARBAN; OLIVEIRA 2007). Em uma busca ativa Pereira (2013) identificou que a maioria dos usuários que abandonaram o tratamento eram homens com média de idade de 51 anos, os desistentes estavam em tratamento semi-intensivo ou intensivo e em maior parte, com problemas em relação ao uso de álcool e outras substâncias, sendo este o principal motivo da

evasão, seguido por falta de transporte e desagregação familiar, transferência de cidade, transferência para outro serviço e mecanismo de negação.

A partir do exposto é notável a importância das ações do CAPS I no usuário de álcool e drogas, bem como de sua família. A utilização de distintas tecnologias leves de assistência ao paciente permite acolhimento mais adequado, assim como direcionamento correto ao tratamento. Neste contexto, o CAPS é considerado uma ferramenta essencial no atendimento ao paciente de saúde mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A política pública de saúde mental organizada pelo SUS surgiu em 2002. Ela possui um modelo aberto e comunitário e é importante para que os pacientes e suas famílias recebam assistência digna e tenham seus direitos assegurados. O modelo atualmente utilizado substituiu o manicomial e preconiza reinserção do paciente na comunidade e a não exclusão e isolamento do mesmo. Para isso, são realizados nos CAPS o acolhimento e direcionamento para tratamento adequado desse paciente pela equipe multidisciplinar atuante na unidade.

O trabalhador do serviço social, dentre outras atividades é o responsável pelo acolhimento inicial deste paciente, assim como pela formação de grupos e orientações sociais a família e aos usuários deste serviço, visitas domiciliares e articulação intersetorial com a RAPS. É ele quem identifica o contexto no qual o paciente está inserido, garantindo assim a efetivação de seus direitos.

É importante compreender que a atuação do serviço social no CAPS como ferramenta assistencial é de extrema importância. Ela permite que o paciente seja enxergado como cidadão, na sua complexidade, totalidade e subjetividade, assim como relaciona as experiências vivenciadas pelo paciente para que possa ser reinserido na comunidade. Desta forma é necessário que o profissional de serviço social realize seu trabalho de forma acolhedora, com olhar transversal e inclusivo para o paciente em conjunto com a equipe interdisciplinar.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.11, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00129519/>. Acesso em 22 nov. 2021.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2.067-2.074, 2018.

ANDOLFATTO, I.; FRIGHETTO, M.; WINK, D.R.; DAMBRÓS, B.P. Caracterização de usuários de álcool e drogas atendidos pelo centro de atenção psicossocial (CAPS-i) de um município do meio oeste catarinense. **Unoesc & Ciência**. Joaçaba, v.7, n.1, p.31-38, jan-jun. 2016. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/235124285.pdf>. Acesso em 22 nov. 2021.

BARBAN, G.E.; OLIVEIRA, A.A. O Modelo de assistência matricial de saúde mental no programa saúde da família no município de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**. v.14, n.1, p.52-63, jan-mar 2007. Disponível em: [https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-1/ID224.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID224.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

BATISTELA, M.R.; GARCIA, A.S.; OLIVEIRA, D.E.S.D. Oficinas terapêuticas e a música no caps: contribuições para a saúde mental brasileira. **Intr@ciência**, v.19, jun 2020. Disponível em: [https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20200522114251.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114251.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

BEZARRA Jr., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v.17, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/H4wVY4ZDk9nKqdGsdzyJkWg/?lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 1990a. Presidência da República, **Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990**, regula em todo o território nacional, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências., Brasília – DF, 19/09/1990, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 1990b. Presidência da República, **Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990**, regula em todo o território nacional, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências., Brasília – DF, 28/12/1990, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 2011a. Presidência da República, **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências., Brasília – DF, 28/06/2011, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 2011b. 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 30/12/2011, disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_comp.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 2011c. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e.

Diário Oficial da União 26/12/2011, Brasília. DF. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011\\_rep\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep_comp.html).  
Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 2015a. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados - 12**. Informativos eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 48p. 2015. Disponível em:  
[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL, 2015b. Ministério da Saúde. **Centro de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, 2015, 44p. Disponível em:  
<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/26/Orienta----es-para-Elabora----o-de-projetos-de-Constru----o--reforma-e-Amplia----o-de-CAPS-e-UA.pdf>. Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). A. Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília – DF, 21/12/2017, disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, p.56 Brasília,

nov., 2005. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**.

Brasília, DF. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2000. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República, **Lei n.º 10.216 de 6 de abril de 2001**, regula em todo o território nacional, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde., Brasília – DF, 06/04/2001, disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em 22 nov. 2021.

BUCCI, M. P. D. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo. Saraiva, 2006, 298p.

CARMO, M. E.; GUIZARD, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis**, v.27, n.4, Out-Dez, 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/wcqNQQKzjKH7jM4hyRDCYVc/?format=html&lang=pt>.

Acesso em 22 nov. 2021.

CORDEIRO, A. M.; OLIVEIRA, G. M.; RENTERÍA, J. M.; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 34, n. 6, p.428-431, dez., 2007.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcmV6Gf/?lang=pt>.

Acesso em: 30 nov. 2021.

COSTA, M. I. S.; LOTTA, G. S. De “doentes mentais” a “cidadãos”: análise histórica da construção das categorias políticas na saúde mental no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, suppl. 2, p. 3467-3479, ago., 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/CJzrn5mCHqpRvXQ3xybXQ6P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

DUARTE, M.L.C.; PEREIRA, L.P.; OLSCHOWSKY, A.; CARVALHO J. Avaliação de quarta geração: atendimento aos familiares de usuários de crack 2019. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, v.9, n.12, p.1-20, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/29057/html>. Acesso em 22 nov. 2021.

FILHO J.S.A.M.; *et al.* Teatro do oprimido como possibilitador da reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico. **Revista Enfermagem Atual**, v.86. Edição especial, 2018. Disponível em:

<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/141/51>. Acesso em 22 nov. 2021.

FRAZATTO, C. F.; FERNANDES, J. C. Práticas do CAPS I e o desafio da desinstitucionalização. **Psicologia Revista**, v. 30, n. 1, p. 54–75, 2021. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/44070>. Acesso em 22 nov. 2021.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. 528p. 2017. Disponível em:

[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD\\_PORTUGU%C3%8AS.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%C3%8AS.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

HERINGER, F. R. A. **Quantas políticas públicas há no Brasil? O problema da imprecisão conceitual para a avaliação de políticas públicas**. 2018, 73p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Avaliação de Políticas Públicas). Instituto Legislativo Brasileiro. Distrito Federal, Brasília, 2018. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555174/ILB2018\\_HERINGER.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/555174/ILB2018_HERINGER.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 22 nov. 2021.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems**. 308p. 3ª ed. Toronto: Oxford University Press Canada, 2009.

JENKINS, W. I. **Policy analysis: A political and organisational perspective**. 288p. Londres: M. Robertson, 1978.

KANTOSKI, L.P.; JARDIM, V.R.; ANDRADE, F.P.; SILVA, R.C.; GOMES, V. Análise do estado de saúde geral dos usuários de CAPS I e II da região Sul do Brasil. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.4, n.4, p.1024-1031, jun 2011. Disponível em: [file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/6750-11791-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Meus%20Documentos/Downloads/6750-11791-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

LIMA, M.A.C.L. **A relação das famílias no tratamento dos pacientes de saúde mental assistidos no CAPS I do município de Petrolândia – PE**. 2017. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública. Escola de governo em saúde pública do estado de Pernambuco). Pernambuco, Serra Talhada, 2017. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119268/maria-andreza-carvalho-leite-lima\\_14995\\_assignsubmission\\_file\\_\\_W3svcnH.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119268/maria-andreza-carvalho-leite-lima_14995_assignsubmission_file__W3svcnH.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde colet.**, v.23, n.6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9mXFmz3J8Y4qjibKgk8VVVq/?lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

MENDES, M.M.M.O; LIRA, R.C. **Infância, adolescência e substâncias psicoativas: atendimentos realizados nos CAPS da I Macrorregião de Saúde de Pernambuco**. 2020, 16p. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)). Pernambuco, Goiana, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129422/artigo-marila-matashapdf.pdf>. Acesso em 22 nov. 2021.

NETO, C. G. S.; BARBOSA, M. I. S. Estratificação de risco das condições crônicas na atenção primária à saúde: a contribuição da psicologia. **SANARE Revista de políticas públicas**, v. 17, n. 1, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217>. Acesso em 22 nov. 2021.

PEIXOTO, F.M.S., *et al.* Perfil epidemiológico de usuários de um centro de atenção psicossocial em Pernambuco, Brasil. **J Health Sci**, v.19, n.2, p. 114-119, 2017. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847576/perfil-epidemiologico-de-usuarios-de-um-centro-de-atencao-psico\\_7ZQR1AQ.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847576/perfil-epidemiologico-de-usuarios-de-um-centro-de-atencao-psico_7ZQR1AQ.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

PEREIRA, M.O.; AMORIM, A.; VIDAL, V.; FALAVIGNA, M. F.; OLIVEIRA, M.A.F. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.5, p.409-412, 2013. Disponível em:

[https://repositorio.usp.br/directbitstream/c2ca79d7-82d0-4ec1-95cb-](https://repositorio.usp.br/directbitstream/c2ca79d7-82d0-4ec1-95cb-f0b217587382/PEREIRA,%20M%20O%20doc%203.pdf)

[f0b217587382/PEREIRA,%20M%20O%20doc%203.pdf](https://repositorio.usp.br/directbitstream/c2ca79d7-82d0-4ec1-95cb-f0b217587382/PEREIRA,%20M%20O%20doc%203.pdf). Acesso em 22 nov. 2021.

RIBEIRO, L.A; SALA, A.L.B.; OLIVEIRA, A.G.B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **REME**, v.12, n.4, 2008. Disponível em:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/296>. Acesso em 22 nov. 2021.

ROSA, L. C.S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SAMPAIO, M. L.; JÚNIOR, J. P. B. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trab. educ. saúde**, v.19, jan. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/?lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v.24, n.4, 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em 22 nov. 2021.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning 2013.

UNODOC - United Nations Office On Drugs And Crimes. **World Drug Report 2020**. Viena, 25 jun, 2020. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/index2020.html>. Acesso em 22 nov. 2021.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.;

BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.

**Ciênc. saúde colet.**, v.23, n.6, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?lang=pt&format=html>. Acesso em 22 nov. 2021.