

Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas: panorama de implantação*

Denise Alves Guimarães¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3539-6733>

Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-8554-715X>

Vívian Andrade Araújo Coelho³

 <https://orcid.org/0000-0002-0167-5697>

Carlos Alberto Pegolo da Gama¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6345-7476>

Objetivo: analisar a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial voltados para álcool e outras drogas em região do território nacional. **Metodologia:** trata-se de um recorte temático que integra um estudo transversal sobre a implantação da Rede de Atenção Psicossocial da região, com base na organização e análise de informações coletadas em bases de dados governamentais e consulta à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Foram considerados os 853 municípios da região e, após a organização dos dados em banco único, foram produzidos indicadores de implantação da Rede de Atenção Psicossocial e dos serviços que a compõem. Os valores dos indicadores foram analisados considerando-se a cobertura estabelecida pelo Ministério da Saúde e a classificação das regiões de saúde do estado a partir do desenvolvimento socioeconômico, da oferta e da complexidade de serviços. **Resultados:** a região possui boa implantação de Centros de Atenção Psicossocial, com 369 unidades e índice de implantação de 1,41. Desses, aqueles voltados para álcool e outras drogas representam 58 unidades e o índice de implantação desse serviço é de 0,30. **Conclusão:** o cenário de implantação dos serviços voltados para álcool e drogas é inicial na região pesquisada, caracterizada por heterogeneidades regionais, o que deve nortear estratégias para ampliação e fortalecimento desses serviços.

Descritores: Assistência à Saúde Mental; Bebidas Alcoólicas; Drogas Ilícitas; Serviços Públicos de Saúde; Regionalização da Saúde.

* Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), processo nº APQ 03913-17, Brasil.

¹ Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Dona Lindu, Divinópolis, MG, Brasil.

² Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ Universidade Federal de Ouro Preto, Campus Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil.

Como citar este artigo

Guimarães DA, Ribeiro NAS, Coelho VAA, Gama CAP. Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs: an implementation overview. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2024;20:e-218260 [cited ____-____-____]. Available from: _____ <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.218260>

ano mês dia

URL

Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs: overview of implementation

Objective: to analyze the implementation of Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs in a region of the national territory. **Methodology:** this is a thematic section of a cross-sectional study on the implementation of the Psychosocial Care Network in the region, based on the organization and analysis of information collected from government databases and consultation with the National Mental Health Coordination. The 853 municipalities in the region were considered and, after organizing the data in a single database, indicators of implementation of the Psychosocial Care Network and the services that comprise it were produced. The indicator values were analyzed considering the coverage established by the Ministry of Health and the classification of the state's health regions based on socioeconomic development, supply and complexity of services. **Results:** the region has good implementation of Psychosocial Care Centers, with 369 units and an implementation index of 1.41. Of these, those focused on alcohol and other drugs represent 58 units, and the implementation rate for this service is 0.30. **Conclusion:** the implementation of alcohol and drug services is at an initial stage in the region researched, characterized by regional heterogeneity, which should guide strategies for expanding and strengthening these services.

Descriptors: Mental Health Assistance; Alcoholic Beverages; Illicit Drugs; Public Health Services; Regional Health Planning.

Centros de Atención Psicosocial para alcohol y otras drogas: panorama de implementación

Objetivo: analizar la implementación de Centros de Atención Psicosocial enfocados al alcohol y otras drogas en una región del territorio nacional. **Metodología:** recorte temático que integra un estudio transversal sobre la implementación de la Red de Atención Psicosocial en la región, a partir del análisis de información recopilada en bases de datos gubernamentales y consultas a la Coordinación Nacional de Salud Mental. Se consideraron los 853 municipios de la región y luego de organizar los datos en una sola base de datos se produjeron indicadores de implementación de la Red de Atención Psicosocial y de los servicios que la componen. Los valores de los indicadores se analizaron considerando la cobertura establecida por el Ministerio de Salud y la clasificación de las regiones de salud del estado, a partir del desarrollo socioeconómico regional, la oferta y la complejidad de los servicios. **Resultados:** la región posee buena implementación de Centros de Atención Psicosocial con 369 unidades. De ellos, los enfocados al alcohol y otras drogas representan 58 unidades y la tasa de implementación de este servicio es de 0,30. **Conclusión:** el escenario de la implementación de servicios orientados a alcohol y drogas es incipiente en la región investigada, y se caracteriza por heterogeneidades regionales, hecho que debe orientar estrategias de ampliación y fortalecimiento de estos servicios.

Descriptores: Atención a la Salud Mental; Bebidas Alcohólicas; Drogas Ilícitas; Servicios de Salud Pública; Regionalización.

Introdução

A Reforma Psiquiátrica (RP) proporcionou uma mudança de paradigma na atenção em Saúde Mental (SM) no Brasil e foi oficializada em 2001 como lei que garantiu os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Esse processo teve início na década de 1970 e redirecionou o modelo assistencial em SM, propondo a substituição da lógica asilar e hospitalocêntrica para uma assistência à saúde focada na atenção psicossocial, resultando na diminuição das internações e em expressivos avanços relacionados ao aumento de práticas clínicas ampliadas focadas nas demandas dos pacientes e no território⁽¹⁻⁶⁾.

Para a reorganização da atenção em SM no Brasil, foi criada, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco no cuidado integral a partir de serviços e estratégias substitutivos às instituições hospitalares, promovendo cidadania, autonomia e inclusão social e estimulando a organização descentralizada dos serviços no âmbito da SM. Trata-se de um sistema integrado que busca oferecer cuidado integral a toda população com demandas de SM, e, para tanto, é composto por serviços de diversas modalidades e níveis de complexidade, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os Hospitais Gerais, e atua na perspectiva territorial para garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção da rede em cada território⁽⁷⁻⁸⁾.

Entre as demandas atendidas pela RAPS, está a atenção aos usuários de Álcool e Outras Drogas (AD), tendo em vista que o uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA) é um importante problema de saúde pública em âmbito mundial. Trata-se de uma questão complexa, que está associada a diversos problemas que afetam não somente a saúde física e psíquica dos indivíduos, como, também, a dinâmica social e familiar⁽⁹⁾. Destaca-se a complexidade relacionada ao consumo de SPA, caracterizando-se como um fenômeno histórico-cultural com implicações no âmbito da medicina, política, religião, segurança pública e economia. Tais substâncias são utilizadas na busca de prazer, alívio de preocupações e tensões, controle do humor e expansão da consciência⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Apesar das críticas dirigidas à efetividade das propostas da Lei de Drogas, de 2006, e a ênfase que se imprimiu ao incremento do caráter punitivo, ela representou um primeiro marco legal na busca de articular o discurso criminalizante e o discurso médico-social, visando a estabelecer uma distinção entre tráfico e uso de SPA ilícitas, e, assim, adotar medidas de punição para traficantes e direcionar os usuários dessas substâncias para tratamentos na RAPS e nos dispositivos de assistência social^(10,12). Nessa perspectiva, a atenção aos usuários com demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi assumindo novos direcionamentos que

buscavam a elaboração de estratégias para consolidar um modelo de atenção de caráter multifatorial, que considerasse a complexidade da questão^(7,13).

Apesar de já existirem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desde 1986, apenas no ano de 2002 foi criado o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), especializado nas demandas relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas, e somente em 2011, com a criação da RAPS, essa demanda passou a fazer parte de um sistema integrado que articula diversos níveis de atenção. No ano de 2003, houve a introdução da Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, trazendo a Redução de Danos (RD) como método de abordagem que, em contraposição à lógica de tratamento condicionado à abstinência, buscava intensificar um cuidado em saúde que reconhecesse a especificidade de cada paciente e propunha traçar estratégias voltadas ao aumento do seu grau de liberdade e corresponsabilidade, além da garantia dos direitos humanos e da inclusão social⁽¹⁴⁻¹⁸⁾.

No Brasil, a RD ainda possui iniciativas muito tímidas, quando comparadas às iniciativas no cenário internacional⁽¹⁵⁾ e, desde a sua implantação, vem enfrentando barreiras relacionadas às perspectivas moralizantes e criminalizantes vinculadas ao uso de SPA⁽¹⁰⁾. Nos últimos anos, a atenção às demandas relacionadas ao AD enfrentou retrocessos do ponto de vista das políticas públicas, uma vez que a Nova Política Nacional sobre Drogas⁽¹⁹⁾, de 2019, havia retomado a perspectiva de tratamento pautada na abstinência, reafirmando o modelo proibicionista vigente no país, desencorajando as práticas de RD^(18,20). Esse quadro começou a ser revertido a partir de 2023, com as mudanças provocadas pelas eleições presidenciais e a revogação da Política Nacional de Drogas, de 2019, e a reintrodução do paradigma da RD⁽²¹⁾.

Atualmente, a atenção às pessoas com demandas relacionadas ao AD na RAPS está estruturada com os seguintes serviços e dispositivos: Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad e CAPSad III); Equipe de Consultórios de Rua (ECR); Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) ou Infante-Juvenil (UAI); Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Serviços oferecidos em Hospitais Gerais (LHG)⁽⁸⁾. Além disso, em 2011, as Comunidades Terapêuticas (CT) passaram a ser reconhecidas como pertencentes à RAPS e, em 2012, passaram a receber financiamento público⁽²⁰⁾.

As comunidades terapêuticas figuram, no Brasil e no mundo, como um dos modelos mais procurados para a recuperação de dependência de AD⁽²²⁾. No Brasil, muitas práticas nessas instituições ferem os direitos humanos e os problemas vão desde agressões físicas, utilização de contenção química contra a vontade do indivíduo e sem o consentimento da família, desrespeito à orientação sexual, imposição religiosa, condições de vida

relacionadas à alimentação, à habitação e ao saneamento básico indignas, chegando até a situações de cárcere privado⁽²³⁾. Além disso, são instituições que se pautam no incentivo à abstinência como forma central de tratamento, divergindo do que é ofertado pelos dispositivos voltados à atenção de AD na RAPS^(10,20,22,24). No entanto, nos últimos anos, o país assistiu a um sistemático aumento dos recursos públicos destinados ao financiamento de instituições de caráter hospitalar/asilar, totalmente contrários aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial^(21,25-26).

Muitos são os avanços conquistados com a implantação da RAPS e dos serviços voltados para os usuários com demandas relacionadas ao AD, desde a RP. No entanto, muitas são as dificuldades, algumas delas relacionadas e potencializadas pelos retrocessos nas políticas públicas, carência de apoio comunitário, existência de estigmas, escassez de atividades de geração de trabalho, dificuldades de participação familiar no tratamento, falta de investimento público e de capacitação dos profissionais da área^(15-16,21,26-27), além de um ritmo de implantação de serviços que garantam o cuidado a essas populações⁽²⁶⁾.

No estado de Minas Gerais (MG), a estrutura de serviços especificamente voltados para atenção às demandas de AD, em 2011, contava apenas com 21 CAPSad, sendo, desse total, nenhum com funcionamento 24h. Em 2019, percebe-se uma melhora na implantação, verificando-se a existência de 58 CAPSad no estado. Apesar do crescimento da implantação desses serviços, percebe-se ainda uma escassez que pode estar relacionada a um conjunto de dificuldades que podem precipitar a internação no hospital psiquiátrico⁽²⁸⁾.

Considerando-se a necessidade de avançar na implantação das políticas públicas que atendam às demandas relacionadas ao AD, este estudo buscou analisar a implantação dos CAPS voltados para as demandas dos usuários de AD inseridos na RAPS no estado de Minas Gerais.

Metodologia

Tipo ou delineamento do estudo

Este recorte é parte integrante do estudo transversal maior intitulado "A Implantação da Rede de Atenção Psicossocial nas Macrorregiões de Saúde do Estado de MG", financiado pela FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais), que analisou a regionalização dos serviços da RAPS em MG e cujos resultados encontram-se publicados^(8,29-30).

Local ou cenário

O campo de estudo foi constituído pelos 853 municípios que compunham as 13 Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais (macrorregiões). Os dados foram

organizados considerando-se a distribuição já estabelecida na plataforma Regiões e Redes, de modo a relacionar os 853 municípios mineiros, organizados em 13 macrorregiões e 77 microrregiões ou regiões de saúde (RS)^(29,31).

Período

Os dados foram coletados entre maio de 2019 e janeiro de 2020.

Coleta de dados

A coleta ocorreu por meio das bases de dados governamentais (DATASUS- Departamento de Informática do SUS e eGESTORab- Informação e Gestão da Atenção Básica) e de consulta direta à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Após organização dos dados em banco único, produziram-se indicadores a partir do número de serviços em relação à população, considerando-se os dados do e-Gestor como referência, em 1º de junho de 2018⁽⁸⁾.

Variáveis do estudo

O estudo calculou os índices de implantação dos serviços oferecidos, a saber: iCAPS (Índice CAPS – Centro de Atenção Psicossocial); iNASF (Índice NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família); iLHG (Índice LHG – Leitos Psicossociais em Hospitais Gerais); iESF (Índice ESF – Estratégia de Saúde da Família), tendo como objetivo o cálculo do iRAPS (índice de implantação da RAPS). O cálculo desses índices foi realizado considerando o valor máximo de cobertura em cada serviço ofertado. O iCAPS foi calculado seguindo-se a lógica do indicador CAPS/100.000 hab. e foram considerados, ainda, os critérios para financiamento desse serviço que estabelecem: CAPS I, mais de 15 mil hab.; CAPS II, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infanto-juvenil): mais de 70 mil hab.; CAPS III e CAPSad III: mais de 150 mil hab. O iNASF foi calculado considerando as modalidades I, II e III com o máximo de cobertura em cada uma delas, ou seja, nove eSF (equipes Saúde da Família), quatro eSF e dois eSF, respectivamente, e que cada equipe atende até 3.450 hab. O iLHG foi calculado considerando o valor estipulado pelo Ministério da Saúde (MS) de um leito para cada 23 mil habitantes. O iESF foi calculado considerando a população que é coberta por tal serviço e a população total. O cálculo do iRAPS foi realizado como um índice geral de implantação dos serviços na RAPS em MG e representa a média aritmética dos quatro indicadores (iCAPS + iNASF + iLHG + iESF)⁽⁸⁾.

Tratamento e análise dos dados

Os valores dos índices de implantação são interpretados levando em consideração a cobertura

estabelecida pelo Ministério da Saúde. Diante disso, valores iguais ou superiores a 1 indicam que a região atingiu ou superou a quantidade de serviços definida pela legislação federal; quando esse valor é menor do que 1, indica que a região não atingiu a quantidade de serviços⁽⁸⁾.

Em etapa seguinte, os resultados de estruturação regional da RAPS em MG, encontrados a partir dos cálculos acima descritos, foram analisados à luz das tipologias das regiões de saúde⁽³²⁾, agrupadas a partir do desenvolvimento socioeconômico, da oferta e da complexidade dos serviços de saúde. Além disso, foi feito o agrupamento dos municípios por porte populacional, a partir das categorias: 1) pequeno porte: municípios com menos de 50.000 habitantes; 2) médio-pequeno porte: municípios entre 50.000 e 99.999; 3) médio porte: municípios entre 100.000 e 299.999; 4) médio-grande porte: municípios entre 300.000 e 499.999; e 5) grande porte: municípios com mais de 500.000 habitantes⁽⁸⁾.

Considerando as análises realizadas a partir do iRAPS (índice de implantação da RAPS) e as tipologias das regiões de saúde⁽³²⁾, foi possível estabelecer um panorama geral da situação da SM em Minas Gerais, a partir de uma análise das macrorregiões e RS. Para o recorte feito neste artigo, foi traçado um panorama sobre a realidade de implantação dos CAPS, destacando-se aqueles voltados para as demandas de AD das macrorregiões.

Aspectos éticos

O presente estudo constitui parte integrante de uma pesquisa sobre a implantação da RAPS em Minas Gerais, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa envolvendo seres humanos, com protocolo número 77798217.1.3001.5091.

Resultados

O estado de Minas Gerais é o segundo mais populoso do Brasil, com 21.040.662 habitantes, e apresenta maior quantidade de municípios por território, contando atualmente com 853 municípios, dos quais 782 são de pequeno porte, 36 de médio-pequeno porte, 27 de médio porte, três de médio-grande porte e cinco de grande porte. De acordo com o levantamento de porte populacional por municípios realizado em 2010, verificou-se que 91,92% da população situava-se em municípios com implantação considerada adequada ou parcialmente adequada da RAPS⁽⁸⁾.

A análise da distribuição dos componentes da RAPS no estado demonstrou que a cobertura de ESF é elevada (78,97%), com um total de 5.594 equipes implantadas. De forma análoga, verifica-se uma boa cobertura de NASF no estado, com 958 equipes. Considerando-se as diferentes modalidades de CAPS, até o ano de 2019, haviam sido implantados 369 serviços, sendo que, destes, 176 são CAPS I, o que é esperado para um estado que possui prevalência de pequenos municípios. Cabe destacar que os CAPS I, II e III são serviços que recebem pacientes por demanda livre, não sendo voltados especificamente para as demandas relacionadas ao AD⁽⁸⁾. Quando considerada a oferta de CAPS especificamente voltados para as demandas relacionadas ao AD nas 13 Macrorregiões de MG (Tabela 1), verifica-se um cenário de implantação inicial, com apenas 47 unidades de CAPSad e 11 de CAPSad III.

Tabela 1 - CAPS* por Macrorregiões e porte populacional regional. Minas Gerais, Brasil, 2019

Macrorregião	População	CAPS I [†]	CAPS II [‡]	CAPS III [§]	CAPS infantil	CAPS ad [¶]	CAPS adIII ^{**}
Centro	6.611.614	18	18	13	18	9	3
Centro Sul	787.099	4	3	1	2	4	0
Jequitinhonha	295.599	4	1	0	0	1	0
Leste	1.538.706	18	5	0	4	3	0
Leste do Sul	693.810	12	4	0	2	1	0
Nordeste	922.509	19	3	0	3	5	0
Noroeste	701.65	8	1	0	0	1	1
Norte	1.676.413	20	6	1	5	4	1
Oeste	1.289.538	16	5	2	2	4	1
Sudeste	1.668.069	21	4	1	3	3	2
Sul	2.779.095	26	12	0	3	8	1
Triângulo Norte	1.294.816	6	5	1	1	1	2
Triângulo Sul	781.789	4	4	0	2	3	0
Minas Gerais	21.040.662	176	71	19	45	47	11

*CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; [†]CAPS I = Centro de Atenção Psicossocial I; [‡]CAPS II = Centro de Atenção Psicossocial II; [§]CAPS III = Centro de Atenção Psicossocial III; ^{||}CAPS Infantil = Centro de Atenção Psicossocial Infantil; [¶]CAPSad = Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas; ^{**}CAPSadIII = Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas III

O estado implantou 20 Unidades de atendimento transitório para adultos e infanto-juvenis (UAA e UAI), e 59 Equipes de Consultórios de Rua (ECR). Existem, no estado, 118 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT),

30,5% deles na capital, e 385 Leitos Psicossociais em Hospital Geral (LHG), em sua maioria, em municípios de pequeno porte⁽⁸⁾. Apesar de grande parte da população de Minas estar situada em municípios com adequada

implantação da RAPS, ao se considerar a relação entre porte populacional de cada uma das regiões e a implantação de serviços (iRAPS), esse índice se encontra abaixo do esperado (Tabela 2), considerado como de média efetividade, mesma classificação do iRAPS nacional. O índice de implantação dos CAPS voltados para demandas de AD indicam intensa carência desses serviços⁽⁶⁾.

Minas Gerais possui 48 RS com mais de 150 mil habitantes, apresentando condições necessárias para a implantação de CAPS III e CAPSad, sendo que, dessas, apenas nove possuem CAPS III (18,7%) e 10 possuem CAPSad (20%). Quando analisadas as macrorregiões, seis não possuem CAPSad III (43%), mesmo apresentando porte populacional suficiente para isso⁽⁶⁾.

A Tabela 2 apresenta os índices de implantação da RAPS (iRAPS), do CAPS (iCAPS) e do CAPSad

(iCAPSad), que leva em consideração apenas o CAPSad e o CAPSad III. Valores dos índices de implantação iguais ou superiores a 1 indicam que a região atingiu ou superou a quantidade de serviços definida pela legislação federal; menor que 1 indica que a região não atingiu a quantidade de serviços preconizada. Apresenta, ainda, a quantidade de RS por macrorregião e a classificação por tipologia⁽³²⁾, de acordo com o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde. Assim, as regiões são classificadas em: G1 – baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; G2 – médio ou alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; G3 – médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; G4 – alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; e G5 – alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços⁽³²⁾.

Tabela 2 - Índice de implantação da RAPS*, CAPS[†] e CAPSad[‡] e classificação das Regiões de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2019

Macrorregião	iRAPS [§]	iCAPS	iCAPSad [¶]	N**RS ^{††} G1 ^{‡‡}	Tipologia das regiões				
					G2 ^{§§}	G3	G4 ^{¶¶}	G5 ^{***}	
Centro	0,76	1,18	0,2	10	1	1	4	3	1
Centro Sul	1,04	1,59	0,51	3	0	0	3	0	0
Jequitinhonha	1,19	1,35	0,34	2	2	0	0	0	0
Leste	0,94	1,36	0,19	7	4	0	3	0	0
Leste do Sul	1,19	1,87	0,14	3	2	0	1	0	0
Nordeste	1,35	2,22	0,54	8	7	1	0	0	0
Noroeste	0,69	1,07	0,36	3	0	2	1	0	0
Norte	1,09	1,67	0,33	9	7	1	1	0	0
Oeste	0,92	1,82	0,43	6	1	1	4	0	0
Sudeste	1	1,5	0,36	8	1	0	6	0	1
Sul	0,82	1,35	0,34	12	0	0	10	0	2
Triângulo Norte	0,8	1,12	0,31	3	0	1	1	0	1
Triângulo Sul	0,68	1,41	0,38	3	0	0	1	1	1
Minas Gerais	0,89	1,41	0,30	77	Não se aplica				

*RAPS = Rede de Atenção Psicossocial; †CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; ‡CAPSad = Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas; §iRAPS = Índices de Implantação da Rede de Atenção Psicossocial; ||iCAPS = Índices de Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial; ¶iCAPSad = Índices de Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas; **N = Número; ††RS = Regiões de Saúde; ‡‡G1 = Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; §§G2 = Médio ou alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços; |||G3 = Médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; ¶¶G4 = Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços; ***G5 = Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços

A partir da análise dessa tabela, verifica-se que a maioria das RS do estado encontra-se com implantação adequada quando se observa o iCAPS, mas possui carência de serviços voltados para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas (iCAPSad). Existe uma precariedade estrutural com relação à implantação dos CAPS especificamente voltados para o atendimento das demandas de AD, que é demonstrada quando se analisa isoladamente o iCAPSad de MG, que se encontra com valor de 0,30, número muito pequeno em relação ao iCAPS do estado, com valor de 1,41, padrão esse que se repete nas macrorregiões. Ademais, do total de 77 RS, apenas seis se encontram no grupo 5, com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, enquanto 25 RS se encontram no grupo 1, com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços⁽⁶⁾.

Discussão

O estado de Minas Gerais foi palco de uma das maiores atrocidades relacionadas à saúde mental vivenciadas no Brasil, no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), situação que ficou conhecida como Holocausto brasileiro, representando os horrores sofridos pelos internos e seus familiares⁽³³⁾. Esse trágico acontecimento contribuiu para que o estado se tornasse pioneiro no processo de implantação de políticas e serviços voltados para a atenção à SM. Em 1979, iniciou-se a Reforma da Assistência à Saúde Mental, promovida pela FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), envolvendo não somente os profissionais da área de Psiquiatria, mas também psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais das Ciências Sociais, biologia, sanitaristas

e profissionais do direito, que se envolveram ativamente na transformação do modelo de atenção em SM relacionado aos princípios da Luta Antimanicomial⁽³⁴⁾. Além disso, em 1999, foram criadas no estado entidades que visavam ao acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico, com o intuito de fornecer convívio social e tratamento, reconhecendo e garantindo os direitos de cidadania, dignidade humana e liberdade, além de representar uma reação de vários segmentos sociais contra práticas violentas e excludentes^(28,33).

Em 2016, Minas Gerais aprovou a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, operando no desenvolvimento de pontos fundamentais relacionados ao cuidado em SM e que englobavam desde o combate à pobreza e a redução das desigualdades até a expansão de direitos para grupos específicos da população em situação de maior vulnerabilidade, sendo relevante, também, o fortalecimento do debate democrático e da participação social⁽¹⁴⁾.

A situação de implantação da RAPS em MG, avaliada pelo cálculo do iRAPS, evidencia que a situação do estado é melhor que o cenário de implantação em âmbito nacional, que apresentou índice de 0,65 no ano de 2019^(8,35). Apesar dos avanços conquistados, demonstrados pela robusta expansão da RAPS em MG e pelo percurso marcado pelo interesse e protagonismo do estado e da sociedade civil nos assuntos relacionados à atenção à SM⁽³³⁻³⁴⁾, muito ainda precisa ser feito quando se consideram os índices relacionados às estruturas especificamente voltadas para atenção às demandas de AD (iCAPSad)⁽⁸⁾. Nesse sentido, apesar dos avanços evidenciados no estado no período entre 2015 e 2019, quando os índices de implantação de CAPS passaram de 0,95 para 1,41, é necessário evidenciar que a implantação de CAPS direcionados aos usuários de AD sofreu queda, demonstrando dificuldade de pactuações regionais de serviços mais estruturados⁽⁸⁾. Esses dados evidenciam que MG segue a tendência observada em levantamento nacional que registrou uma quantidade significativa de municípios que não possuíam CAPSad e CAPSad III, mesmo possuindo critérios para a implantação desses serviços. Nessa perspectiva, a análise única do iCAPS em MG mascara a realidade dos serviços direcionados às demandas de AD nos diferentes contextos regionais.

Cabe destacar, no entanto, que a análise das discrepâncias entre o iCAPSad das Macrorregiões não é simples e exige um aprofundamento nas investigações relacionadas às especificidades de cada um dos contextos regionais. A existência de vazios assistenciais e desequilíbrios regionais está diretamente relacionada às dificuldades de pactuação entre municípios, às discrepâncias de desenvolvimento socioeconômico das diferentes Macrorregiões de Saúde, às especificidades

populacionais, à distância entre os municípios de uma mesma região de saúde, às dificuldades de articulação dos profissionais, às dificuldades relacionadas aos processos de trabalho em SM, ao acesso ao transporte, e às diferenças com relação à oferta e à complexidade de serviços de saúde^(8,26,36).

A complexidade dessa análise pode ser evidenciada considerando-se o iCAPSad da região Centro, que tem o menor índice entre todas as regiões (0,2). A análise isolada do iCAPSad dessa região não permite compreender que ela engloba o município de Belo Horizonte, capital do estado, cuja estrutura de CAPSad é uma referência para todo o estado de Minas Gerais. No entanto, em função do impacto da população da Região Metropolitana para o cálculo do iCAPSad, esse índice fica muito pequeno⁽⁸⁾.

Um exemplo de problemas relacionados à regionalização e ao funcionamento das pactuações dentro da RAPS de MG foi identificado em estudo desenvolvido na macrorregião Centro-Oeste de MG, no que se refere aos serviços específicos para atendimento das demandas de AD, a exemplo do CAPSad III do município de Oliveira, que cobre apenas nove de 13 municípios (55% da população da região), e do CAPSad III de Divinópolis, município polo da macrorregião, que atende somente às demandas do próprio município⁽³⁾.

É importante destacar que a existência de serviços que ocupam a centralidade na atenção às demandas de AD, como o CAPSad e o CAPSad III, justifica-se pelo fato de que tais demandas necessitam de políticas públicas específicas, com o desenvolvimento de ações intersetoriais, contrárias à lógica hospitalocêntrica e de serviços e práticas voltados à reinserção social e construção de autonomia e cidadania para os usuários e suas famílias⁽³⁷⁾. No entanto, não se pode perder de vista que a RAPS foi planejada para funcionar em totalidade e com integração de todas as estruturas existentes, o que implica dizer que as questões relacionadas às demandas de uso prejudicial de AD não são de responsabilidade exclusiva do CAPSad e do CAPSad III e necessitam, portanto, ser discutidas também na perspectiva da APS. Nos municípios onde não existe CAPSad, muitas vezes, a demanda de AD é direcionada ao CAPS, o que provoca sobrecarga no atendimento, sendo que a mistura entre usuários com quadros psicopatológicos muito diferentes não é recomendável.

Apesar da boa cobertura de APS em MG⁽⁸⁾, existem pontos de fragilidade para que essa se configure como porta de entrada para os usuários com demandas relacionadas ao uso prejudicial de AD. Estudo realizado em MG identificou um conjunto de dificuldades que envolvem profissionais de saúde, gestores e população em geral, e estão relacionadas aos preconceitos em torno dessas questões, às dificuldades de compreensão da complexidade

dos problemas envolvidos e à falta de acesso a ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), que ajudem as equipes de saúde a acolher e manejar tanto as demandas específicas de AD dos usuários e suas famílias quanto as demandas de saúde desses usuários⁽¹⁷⁾, aspectos compatíveis com o que já havia sido observado também em outras regiões do Brasil^(26,38).

De modo semelhante, foram identificadas na realidade nacional⁽²⁶⁾ e em estudos realizados em MG^(17,36) dificuldades dos profissionais do NASF para lidarem com as demandas de SM de forma geral e com os usuários com demandas relacionadas a AD, tais como: preconceitos, distanciamento e despreparo em seu cotidiano, medo de lidar com o usuário de AD e visões estigmatizadas sobre ele e sua relação com as SPA. Além disso, na realidade mineira, foram identificados problemas relacionados à articulação e comunicação entre serviços e profissionais da RAPS e a decorrente dificuldade de parcerias entre APS, NASF e CAPS⁽¹⁷⁾, além de problemas relacionados à precarização do trabalho em saúde e seus impactos para o cuidado em SM⁽³⁴⁾, discutidos como um grave problema também no cenário nacional⁽³⁶⁾.

A presença de vazios assistenciais com relação à atenção aos usuários de AD em todas as macrorregiões de MG, assim como em todo o país, está intimamente relacionada à expansão desenfreada de CT em todo o território nacional⁽²⁶⁾. No Brasil, essas instituições seguem a lógica dos modelos de internação como forma de tratamento, indo em sentido oposto ao que foi preconizado pela RP. A inclusão dessas na RAPS e o maciço financiamento público que lhes é destinado são bastante polêmicos^(26,39).

No ano de 2015, já existiam no território nacional 1.863 CT em funcionamento, expansão que foi ocorrendo em um período no qual já se assistia a um crescimento do número de internações e de lógica de tratamento que articula criminalização, patologização e cristianização^(26,39). No ano de 2018, houve um grande estímulo para a implantação das CT, a partir da disponibilização de recursos para a ampliação do número de vagas oferecidas, totalizando cerca de R\$ 90 milhões destinados ao serviço⁽⁴⁰⁾, movimento que representa o custeio público da estrutura manicomial⁽³³⁾. Ademais, com essas mudanças, o número de CT já suplanta o de CAPSad, gerando uma inversão da curva com relação àquela que foi alcançada em 2011, em que o modelo hospitalocêntrico estava sendo superado, tanto no número de serviços quanto na prioridade do financiamento⁽⁴¹⁾.

Assim, é importante ressaltar que a inserção desse serviço na RAPS está relacionada a grandes impactos na configuração da rede, que vão além do simples fato de não seguir a mesma lógica antimanicomial. Isso se dá porque a presença das CT está diretamente relacionada ao decréscimo de investimento em serviços

especializados como CAPSad e CAPSad III, acirrando o tensionamento já existente na sociedade a respeito do que seja o tratamento para o uso prejudicial de SPA. Além disso, o expressivo investimento público nessas instituições traz legitimidade para gestores, profissionais de saúde, familiares e população em geral, que consideram que essa seja a principal forma de tratamento para as demandas dos usuários de AD⁽²⁶⁾. Na realidade de alguns municípios mineiros, alguns profissionais de saúde mencionaram que as CT representavam o único recurso da APS para o encaminhamento das demandas relacionadas ao uso prejudicial de AD⁽¹⁷⁾.

O cenário mineiro, assim como o cenário nacional, registra avanços e retrocessos nas políticas públicas voltadas para a atenção às demandas decorrentes do uso prejudicial de AD. Tal situação reflete o fato de que as concepções sociais e culturais sobre o tratamento para esses problemas não são um consenso e, inclusive, apresentam aspectos contraditórios. Assim, tais concepções, contradições e tensionamentos sobre tratamentos relacionados aos problemas decorrentes do uso prejudicial de SPA estão presentes nas políticas públicas, que ora expressam perspectivas proibicionistas e criminalizantes, que sustentam discursos e práticas que partem da exigência da abstinência, ora expressam perspectivas pautadas na redução de danos^(14,17,24,34).

As limitações deste estudo relacionam-se à não inclusão da perspectiva do usuário e de suas famílias na avaliação dos serviços analisados, bem como das possibilidades de acessos aos mesmos. Além disso, deve-se considerar que os indicadores são importantes para estabelecer uma visão panorâmica do processo de implantação da RAPS, mas não permitem analisar as especificidades locais e, nestas, aspectos ligados à suficiência e à adequação em termos de qualidade da atenção prestada nos serviços implantados. O estado de MG possui um grande número de municípios e RS com características muito distintas, o que impacta, portanto, o acesso e a pactuação para compartilhamento de serviços⁽²⁸⁾, demonstrando a necessidade de estudos futuros que possam aprofundar aspectos não abordados nesta investigação, fundamentais para a compreensão das realidades regionais. Por fim, considera-se, ainda, que a não inclusão das CT não permite analisar o impacto das perspectivas de tratamento divergentes e presentes na RAPS, para usuários e profissionais de saúde.

Conclusão

O panorama aqui apresentado sobre a implantação de serviços voltados para as demandas de AD explicita um desafio a ser superado pelas políticas públicas e pela mobilização da sociedade civil, que, historicamente, esteve envolvida nas lutas e conquistas na área de SM no Brasil e no estado de Minas Gerais. Compete a esse

desafio não somente avançar no quantitativo de serviços, mas, também, na oferta e garantia de assistência em saúde pautada na preservação e promoção dos direitos humanos, além de avançar na compreensão das especificidades envolvidas em um cenário de rica diversidade, como é o caso das variadas realidades municipais e regionais que compõem Minas Gerais.

No cenário atual, é importante trabalhar para que exista uma legislação mais rigorosa com relação ao financiamento e à fiscalização das CT, no sentido de minimamente incorporar profissionais e técnicos habilitados, além de outras medidas que possam garantir o respeito aos direitos humanos dos usuários e de seus familiares.

Além disso, pela diversidade das RS, considerando a implantação de serviços e as pactuações entre municípios, uma estratégia a ser pensada e desenvolvida diz respeito à promoção de trocas entre experiências exitosas e cenários desafiadores. Nessa perspectiva, torna-se possível criar um espaço de diálogo no qual seja possível aprender tanto com as experiências desenvolvidas pelas regiões e serviços mais antigos e estruturados quanto com os desafios enfrentados pelas regiões e pelos serviços que possuem desenvolvimento socioeconômico, oferta e complexidade dos serviços desfavoráveis, e que possuam nenhuma ou pouca experiência na lida com AD.

Nesse sentido, reafirma-se a necessidade de aprimoramento nos serviços voltados ao atendimento dos usuários com demandas relacionadas ao AD, na perspectiva de luta constante pela preservação e ampliação das Políticas Públicas de Saúde Mental voltadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Referências

1. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):2067-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
2. Cortez PA, Souza MVR, Oliveira LFA. Princípios de uma política alternativa aos manicômios judiciais. *Saúde Soc.* 2018;27(4):1206-17. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180409>
3. Gama CAP, Guimarães DA, Coelho VAA, Carvalho RC, Campos CG, Fraga AM. A implantação da rede de atenção psicossocial na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais-BR. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(2):278-87. <http://doi.org/10.1590/1414-462X202028020301>
4. Sampaio ML, Bispo JP Júnior. Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(3):e00042620V. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
5. Araújo TM, Torrenté MON. Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. *Rev SUS.* 2023;32(1):e2023098. <https://doi.org/10.1590/s2237-96222023000100028>
6. Yasui S, Barzaghi N. História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Convención Internacional de Salud - Cuba Salud 2018* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 16] Apr 23-27; La Habana. Available from: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/792/895>
7. Lima DKRR, Guimarães J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde Debate.* 2019;43(122):883-96. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>
8. Coelho VAA, Andrade LI, Guimarães DA, Pereira LSM, Modena CM, Guimarães EAA, et al. Regionalization of psychosocial care: a panoramic view of the Psychosocial Care Network of Minas Gerais state, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2022;27(5):1895-909. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11212021>
9. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report.* Vienna: UNODC; 2021 [cited 2022 Sep 03]. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf
10. Medeiros D, Tófoli LF. Mitos e evidências na construção das Políticas sobre drogas. *Bol Análise Político-Institucional* [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 18];18:53-61. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8880/1/bapi_18_cap_6.pdf
11. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS, organizators. 3rd National Survey on Drug Use by the Brazilian Population [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
12. Brandão B. Por ora, menos que a metade: a lei de drogas brasileira. *Rev Bras Cien Soc.* 2021;36(105):e3610516. <https://doi.org/10.1590/3610516/2020>
13. Costa MIS, Lotta GS. From “mentally ill” to “citizens”: historical analysis of the construction of political categories in mental health in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2021;26(suppl 2):3467-79. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.22712019>
14. Silva MAB, Abrahão AL. Comprehensive care policy for users of alcohol and other drugs: A narrative-guided analysis. *Interface.* 2020;24:e190080. <https://doi.org/10.1590/interface.190080>
15. Gomes TB, Vecchia MD. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: A review of the literature. *Cien Saude Colet.* 2018;23(7):2327-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>
16. Sanches LR, Vecchia MD. Psychosocial rehabilitation and social inclusion of people with issues resulting from alcohol and drug use: deadlocks and challenges. *Interface.* 2020;24. <https://doi.org/10.1590/interface.200239>

17. Oliveira V, Guimarães DA, Gama CAP, Coelho VAA, Coelho FBP. Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública. *Saúde Debate*. 2023;47(137):133-45. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313709>
18. Dias MAS, Lopes LO, Marangoni VSL. The damage reduction policy and the applicability of care in a specialized health unit to people that make use of alcohol and other drugs. *Braz J Health Rev*. 2020;3(2):1943-52. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-053>
19. Presidência da República (BR), Casa Civil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Diário Oficial da União [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 01]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm
20. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
21. Presidência da República (BR), Casa Civil. Decreto nº 11.480, de 6 de abril de 2023. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 01]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11480.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.480%2C%20DE%206,que%20lhe%20confere%20o%20art
22. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):569-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
23. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas [Internet]. Brasília: CFP; 2018 [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>
24. Quintas ACMO, Tavares ASPB. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. *Saúde Debate*. 2020;44(3):198-209. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E317>
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Nota Técnica nº 11/22019-CGMAD/DAPES/SAS/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
26. Macedo JP, Abreu MM, Dimenstein M. Regionalization of psychosocial care of alcohol and Other drug addiction in Brazil. *Tempus*. 2018;11(3):144-62. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2432>
27. Gama CAP, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface*. 2021;25. <https://doi.org/10.1590/interface.200438>
28. Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM, Cunha CF. Alteration of profile of treatment of the public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, in the context of mental health care reform. *Cien Saude Colet*. 2014;19(8):3605-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>
29. Coelho VAA, Pauferro ALM, Silva MA, Guimarães DA, Gama CAP, Modena CM, et al. Psychosocial Care Network: development and validation of a multidimensional instrument to assess implementation (IMAI-RAPS). *Physis*. 2023;33. <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333004>
30. Coelho VAA, Gama CAP, Andrade LI, Silva MA, Guimarães DA, Azevedo EA, et al. Community mental health care network: an evaluative approach in a Brazilian state. *Int J Ment Health Syst*. 2023;17(1):9. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00578-7>
31. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2011 [cited 2022 Aug 19]. Available from: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/regionalizacao-minas-gerais/>
32. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MC, Mota PHS, et al. Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil. *Saúde Soc*. 2015;24(2):413-22. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>
33. Kyrillos F Neto, Dunker CIL. Depois do Holocausto: Efeitos Colaterais do Hospital Colônia em Barbacena. *Psicol Rev*. 2017;952-74. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p952-974>
34. Silva MV, Gonçalves AM, Lopes FM. Uma História da Luta Antimanicomial e da Reforma da Assistência à Saúde Mental no Brasil (1979-2021): o que podemos e devemos comemorar. *Memorandum*. 2022;39. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2022.39251>
35. Santos A Filho, Velasco W, Lima A, Vieira L. Saúde Mental: Análise da Rede de Atenção Psicossocial em Goiás [Internet]. Goiânia: Subsecretaria de Saúde; 2021 [cited 2022 Aug 23]. Available from: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/files/conecta-sus/produtos-tecnicos/2020/Comunidades%20Terap%C3%AAuticas.pdf>
36. Guimarães DA, Oliveira VCP, Coelho VAA, Gama CAP. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de

trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. *Physis*. 2023;33. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333052>

37. Borges CD, Schneider DR. O Processo do Cuidado em um CAPSAD na Perspectiva de Usuários e Familiares. *Bol Acad Paul Psicol [Internet]*. 2020 [cited 2023 Apr 27];227-40. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200007#:~:text=O%20cuidado%20no%20contexto%20do,%2C%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%2C%20v%C3%ADnculo%20e%20corresponsabiliza%C3%A7%C3%A3o

38. Subrinho LQ, Sena ELS, Santos VTC, Carvalho PAL. Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2018;27(3):834-44. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180079>

39. Galindo D, Pimentél-Méllo R, Moura M. Comunidades terapêuticas para pessoas que fazem uso de drogas: uma política de confinamento. *Barbarói*. 2017;2(50):226-44. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.11239>

40. Lima A, Dourado P. Comunidades Terapêuticas [Internet]. Goiânia: Subsecretaria de Saúde; 2020 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/2020/Comunidades%20Terap%C3%AAuticas.pdf>

41. Nunes MO, Lima JM Júnior, Portugal CM, Torrenté M. Psychiatric reform and counter-reform: An analysis of a socio-political and sanitary crisis at National and Regional

level. *Cien Saude Colet*. 2019;24(12):4489-98. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Denise Alves Guimarães, Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro, Vívian Andrade Araújo Coelho, Carlos Alberto Pegolo da Gama. **Obtenção de dados:** Denise Alves Guimarães, Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro, Vívian Andrade Araújo Coelho, Carlos Alberto Pegolo da Gama. **Análise e interpretação dos dados:** Denise Alves Guimarães, Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro, Carlos Alberto Pegolo da Gama. **Análise estatística:** Denise Alves Guimarães, Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro, Carlos Alberto Pegolo da Gama. **Obtenção de financiamento:** Denise Alves Guimarães, Vívian Andrade Araújo Coelho, Carlos Alberto Pegolo da Gama. **Redação do manuscrito:** Denise Alves Guimarães, Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Denise Alves Guimarães, Nilciany Aparecida de Sousa Ribeiro, Vívian Andrade Araújo Coelho, Carlos Alberto Pegolo da Gama. **Outros (Coordenador (a) do projeto):** Denise Alves Guimarães, Carlos Alberto Pegolo da Gama.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 06.11.2023

Aceito: 26.03.2024

Editora Associada:
Margarita Antônia Villar Luís

Autor correspondente:
Denise Alves Guimarães
E-mail: alvesguimaraesdenise@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-3539-6733>

Copyright © 2024 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.