



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**DÉBORAH SANTOS CONCEIÇÃO**

**Efeitos da implantação dos Centros Atenção Psicossocial sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil**

Salvador  
2021

**DÉBORAH SANTOS CONCEIÇÃO**

**Efeitos da implantação dos Centros Atenção Psicossocial sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Darci Neves dos Santos  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Aquino Guimarães  
Pereira

Salvador  
2021

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

C744e Conceição, Déborah Santos.

Efeitos da implantação de Centros de Atenção Psicossocial sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil / Déborah Santos Conceição – Salvador: D.S. Conceição, 2021.

135 f.: il

Orientadora: Profa. Dra. Darci Neves dos Santos.

Coorientadora: Profa. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Adolescentes. 2. Transtorno por Uso de Substâncias. 3. Serviços de Saúde Mental. 4. Hospitalização. I. Título.

CDU 616.89

---



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

DÉBORAH SANTOS CONCEIÇÃO

**Efeitos da implantação dos Centros Atenção Psicossocial sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 04 de novembro de 2021.

Banca Examinadora:

*Darci Neves Santos*

Profa. Darci Neves dos Santos - Orientadora - ISC/UFBA

*Rosana Aquino Guimarães Pereira*

Profa. Rosana Aquino Guimarães Pereira - ISC/UFBA

*Dandara de Oliveira Ramos*

Profa. Dandara de Oliveira Ramos - ISC/UFBA

*Cristiane S de Paula*

Profa. Cristiane Silvestre de Paula – Universidade Presbiteriana Mackenzie

*M. Cristina Ventura Couto*

Profa. Maria Cristina Ventura Couto – IPUB/UFRJ

Salvador  
2021

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela inspiração e força para seguir.

À minha família, pelo amor, aconchego e presença, mesmo com a distância.

Aos amigos, por cada riso, choro, aventuras e ideias compartilhadas.

Aos adolescentes e jovens acompanhados pela RAPS AD de Salvador, que constroem e compartilham suas histórias conosco, trabalhadoras e trabalhadores, trazendo sentido a essa produção.

À profa. Darci pela confiança e ensinamentos que levarei para a vida.

À profa. Rosana Aquino pela parceria e dedicação na coorientação.

Aos demais colegas e mestres do Instituto de Saúde Coletiva, pelos aprendizados, descobertas e suporte, em especial a minha querida turma do doutorado”.

Às professoras Cristiane Silvestre, Dandara Ramos e Maria Cristina Couto, pelas valiosas contribuições na banca de defesa.

Àquelas que seguem acreditando e abrindo caminhos para que a universidade, especialmente a pós-graduação, seja espaço para pessoas como eu: mulher, negra, nordestina, trabalhadora e militante.

Às pessoas com quem pude conversar, me inspirar e aprender, que não foram mencionadas, mas também fazem parte dessa jornada.

Eu sou porque nós somos!

Viver é partir, voltar e repartir...  
(Emicida – É tudo pra ontem)

CONCEIÇÃO, Déborah Santos. **Efeitos da implantação de Centros de Atenção Psicossocial sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 135f il. 2021. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

## RESUMO

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (SPA) estão entre as principais causas e fatores de risco para carga de doença e incapacidade em todo o mundo, com impacto crescente entre a população de 10 a 24 anos. No Brasil, a partir dos anos 2000, a assistência em saúde para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPA foi incluída na política de saúde mental, passando a priorizar a oferta de cuidado em dispositivos de base comunitária e reinserção social do indivíduo, articulando-se numa rede de serviços substitutivos à atenção restrita aos espaços hospitalares e asilares. Todavia, o cuidado a população infantojuvenil com necessidades relacionadas ao uso de SPA permanece como ponto crítico da atenção psicossocial. Esta tese objetivou analisar a evolução e efeitos da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre as hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso SPA no Brasil, sendo construída no formato de três artigos. Os artigos 1 e 2 consistiram na descrição e análise das hospitalizações e coberturas por CAPS, respectivamente, realizando-se análise de tendência temporal, buscando identificar possíveis pontos de inflexão e estimar suas variações percentuais, com uso do modelo de regressão segmentada. No artigo 1, verificou-se que as hospitalizações por transtornos devidos ao uso SPA representaram 35,1% das hospitalizações por todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) do período, com maior frequência de registros de indivíduos do sexo masculino (80,2%), pessoas entre 20 e 24 anos (61,5%) e raça/ cor da pele Branca (35,4%). Os transtornos devidos ao uso de múltiplas SPA foram a principal causa de hospitalização (60,3%) e a maioria ocorreu em Hospitais Psiquiátricos (64,1%). A taxa nacional de hospitalização foi de 32,2/100 mil habitantes, em 2006, e 34,0/100 mil habitantes, em 2018, com variação percentual anual média (AAPC) de 0,2% (IC95% -2,0; 2,5). Verificou-se redução anual média de 4,6% (IC95% -8,7; -0,4) nas taxas de hospitalização por uso de álcool e estabilidade para as demais SPA, aumento anual médio de 7,5% (IC95% 5,9;9,2) nas taxas de hospitalização em Hospitais Gerais e redução de 3,1% (IC95% -5,3; -0,7) em Hospitais Psiquiátricos. O artigo 2 indicou uma expansão dos CAPS entre os municípios brasileiros, com desigualdade na implantação entre as unidades federativas e regiões geográficas. Os CAPS tipo I foram os mais frequentes em 2018 (48,9%), enquanto os CAPS com funcionamento 24 horas continuaram incipientes, com os CAPS III correspondendo a 4,5% e CAPS ADIII 4,1%. A cobertura nacional apresentou aumento anual médio de 7,4% (IC95% 6,5; 8,5), com todas as regiões exibindo variações médias positivas e estatisticamente significantes, com mudanças nas tendências ou diminuição da magnitude de crescimento das coberturas nos anos finais do período. No artigo 3, realizou-se estudo ecológico com modelo de dados em painel, com resposta binomial negativa e efeitos fixos, observando-se a relação entre a implantação de CAPS e as taxas de hospitalização por transtornos por uso de SPA e por todos os TMC. Municípios com cobertura Adequada e presença de CAPS 24 horas reduziram em 19% (IC95% 0,76; 0,86) as taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA, não sendo identificada associação naqueles cuja cobertura Adequada não contemplava CAPS 24hs. Para todos os TMC, houve redução de 3% (IC95% 0,95; 0,99) naqueles municípios com cobertura

Adequada e sem CAPS 24 horas, ampliando para 23% (IC95% 0,74; 0,80) quando este equipamento estava presente juntamente com a cobertura Adequada. Observou-se uma manutenção do perfil demográfico e discreta alteração nas características nosológica e assistenciais das hospitalizações, com tendência de estabilidade das taxas, notando-se ainda uma atenuação da expansão nacional de CAPS. Os achados sugerem que a implantação de CAPS 24 horas contribui para a redução das hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens no Brasil, reafirmando a importância desses dispositivos para superação do modelo assistencial manicomial/ asilar e melhoria da assistência à saúde mental infantojuvenil.

**DESCRITORES:** Adolescente. Transtornos por Uso de Substâncias. Serviços de Saúde Mental. Hospitalização.

CONCEIÇÃO, Déborah Santos. **Effects of Psychosocial Care Centers on psychiatric hospitalizations of young people due to substance use disorders in Brazil.** 135 s il. 2021. Thesis (PhD in Public Health) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

### ABSTRACT

Substance use disorders (SUD) are among the leading causes and risk factors for the burden of disease and disability worldwide, with a growing impact in the population aged 10 - 24 years. In Brazil, from the 2000s onwards, health care for people with substance use disorders was included in the mental health policy, starting to prioritize the provision of care in community-based services and social reintegration, articulating it in a network of services that replaced the classic psychiatric model. However, the care of children and adolescents with substance use disorders remains a critical point of psychosocial care. This thesis aimed to analyze the evolution and effects of the coverage of Psychosocial Care Centers (CAPS) on hospitalizations of adolescents and young people for substance use disorders in Brazil, being constructed in the format of three articles. Articles 1 and 2 consisted of the description and analysis of hospitalizations and coverage by CAPS, respectively, performing temporal trend analysis, seeking to identify possible joinpoints and estimate percentage changes, using the joinpoint regression. In article 1, it was found that hospitalizations for SUD accounted for 35.1% of hospitalizations for all Mental and Behavioral Disorders (MBD) in the period, with the highest frequency of records of male individuals (80.2 %), people between 19 and 24 years (61.5%) and race/skin color White (41.0%). Polydrug use disorders were the main cause of hospitalization (60.3%) and most occurred in Psychiatric Hospitals (64.1%). The national hospitalization rate was 32.2/100,000 in 2006 and 34.0/ 100,000 in 2018, with an Average Annual Percent Change (AAPC) of 0.2% (95%CI = -2.0; 2.5). There was an average annual reduction of 4.6% (95%CI = -8.7; -0.4) in hospitalization rates for alcohol use disorder and stability for the other drugs, an average annual increase of 7.5% (95%CI = 5.9; 9.2) in hospitalization rates in General Hospitals and a reduction of 3.1% (95%CI = -5.3; -0.7) in Psychiatric Hospitals. Article 2 indicated an expansion of CAPS among Brazilian municipalities, with unequal implementation among federative units and geographic regions. The type I CAPS were the most frequent in 2018 (48.9%), while CAPS with 24-hour operation remained incipient, with the CAPS III corresponding to 4.5% and the CAPS ADIII 4.1%. The national coverage showed an average annual increase of 7.4% (95%CI = 6.5; 8.5), with all regions showing positive and statistically significant mean variations, with changes in trends or a decrease in the magnitude of growth in coverage in the final years of the period. The article 3 applied negative binomial regression model with panel data. Municipalities showing Adequate coverage and presence of 24-hour CAPS reduced by 19% (95%CI = 0.76; 0.86) the rates of hospitalization for SUD. For all MBD, there was a reduction of 3% (95%CI = 0.95; 0.99) in municipalities with Adequate coverage and without 24-hour CAPS, increasing to 23% (95%CI = 0.74; 0.80) with this CAPS. There was a maintenance of the demographic profile and a small change in the nosological and care characteristics of hospitalizations, with a stability in the rates and an attenuation of the national expansion of CAPS. The findings suggest that the implementation of 24-hour CAPS reduces hospitalizations among adolescents and young people in Brazil, reaffirming the importance of these services to overcome the asylum/ classic psychiatric model and improve mental health care for children and adolescents.

**KEYWORDS:** Adolescent. Substance Use Disorders. Mental Health Services. Hospitalization.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Dimensões do fenômeno do consumo de substâncias psicoativas na infância e juventude.....	17
Figura 2 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	25
Figura 3 - Síntese da legislação brasileira sobre drogas e políticas de saúde direcionadas a usuários de substâncias psicoativas.....	39
Figura 4 - Variáveis e indicadores utilizados.....	36
Artigo 1 - Figura 1. Regressão segmentada (joinpoint regression) das taxas de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica. APC, Annual Percent Change, AAPC, Average Annual Percent Change, IC, Intervalo de Confiança.....	7
Artigo 2 - Figura 1. Distribuição espacial e evolução do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo tipologia, Brasil, 2006 a 2018.....	87
Figura 2. Cobertura potencial de Centro de Atenção Psicossocial por 100.00 habitantes, segundo região geográfica e unidade federativa, Brasil, 2006 a 2018.....	91
Figura 3. Regressão segmentada (joinpoint regression) da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica. APC, Annual Percent Change, AAPC, Average Annual Percent Change, IC, Intervalo de Confiança.....	92
Artigo 3 - Figura 1. Modelo teórico.....	109
Figura 2. Tendência das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19) e todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 – F99) no Brasil, 2006 a 2018, (por 100.000 habitantes). APC, Annual Percent Change, AAPC, Average Annual Percent Change, IC, Intervalo de Confiança.....	110
Figura 3. Tendência da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial, Brasil, 2006 a 2018 (por 100.000 habitantes). APC, Annual Percent Change, AAPC, Average Annual Percent Change, IC, Intervalo de Confiança.....	111

## LISTA DE TABELAS

- Artigo 1 - Tabela 1. Características demográficas, nosológicas e assistenciais das hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, período de 2006 a 2018.....64
- Tabela 2. Taxa de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, período de 2006 a 2018, segundo região geográfica (por 100.000 habitantes).....67
- Tabela 3. Tendências das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica e unidade federativa.....68
- Tabela 4. Tendências das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo causa e tipo de estabelecimento.....70
- Artigo 2 - Tabela 1. Características dos municípios que possuem ou não possuem Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2006 a 2018.....88
- Tabela 2. Municípios existentes, elegíveis e com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, segundo região geográfica e unidade federativa, 2006 a 2018.....90
- Artigo 3 - Tabela 1. Mediana das características demográficas, socioeconômicas e assistenciais dos municípios brasileiros, com e sem registros de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19), 2006 a 2018.....112
- Tabela 2. Análise da associação entre cobertura por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19) e todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), Brasil 2006 a 2018.....113

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AIC	Akaike Information Criterion
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIH-SUS	Autorização de Internação Hospitalar no SUS
AAPC	Average Annual Percent Change
APC	Annual Percent Change
BIC	Bayes Information Criterion.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas
CAPS AD IV	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do tipo IV
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial tipo I
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial tipo II
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 24 horas
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MTF	Monitoring the Future
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PT	Partido dos Trabalhadores
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde
PIED	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PNAD	Política Nacional Antidrogas/ Política Nacional sobre Drogas
PNSMAD	Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
PRD	Programas de Redução de Danos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SHR	Serviços Hospitalares de Referência
SHR- ad	Serviço Hospitalar de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância Psicoativa
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
UA	Unidade de Acolhimento
UF	Unidade Federativa
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIF	Fator de Inflação da Variância
YLDs	Years Lived with Disability

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
2.1	O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL	15
2.1.1	Aspectos Conceituais	15
2.1.2	Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas na Juventude	19
2.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	22
2.2.1	A construção do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil	22
2.2.2	Atenção à Saúde Mental Infantojuvenil	28
2.3	A ATENÇÃO A PESSOAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL	33
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>43</b>
4.1	DESENHO DE ESTUDO	43
4.2	FONTE DE DADOS	43
4.3	COLETA E SELEÇÃO DE DADOS	43
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	45
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	46
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>50</b>
5.1	ARTIGO 1. HOSPITALIZAÇÕES DE ADOLESCENTES E JOVENS POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL, 2006 A 2018.	50
5.2	ARTIGO 2. CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DA COBERTURA POR CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL, 2006 A 2018	72
5.3	ARTIGO 3. ASSOCIAÇÃO ENTRE COBERTURA POR CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE ADOLESCENTES E JOVENS POR TRANSTORNOS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL	93
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>114</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (SPA) constituem um relevante problema de saúde pública. Estudos sobre a Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease*) apontam um crescimento da contribuição do consumo dessas substâncias no desenvolvimento de condições incapacitantes e morte pela população de 10 a 24 anos, figurando entre os principais fatores de risco e causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years - DALYs*) de 1990 a 2019 (WHITEFORD ET AL, 2014, MOKDAD ET AL, 2016; GBD, 2020a; 2020b).

Ainda que esses transtornos apresentem baixa mortalidade, sua contribuição sobre os DALYs é um importante sinal para indicação como prioridade para as políticas de saúde. Esse indicador permite avaliar o impacto causado por condições fatais e não fatais, com maior precisão no reconhecimento dos principais problemas de saúde, pois ainda que algumas condições não se destaquem perante a mortalidade, a incapacidade gerada afeta o cotidiano das pessoas e sistemas de saúde (IHME, 2013).

O consumo de SPA pela população infantojuvenil pode produzir efeitos distintos daqueles percebidos na população adulta, ainda que com padrão similar de uso, mostrando-se associado a maior risco de intoxicação aguda e uso excessivo, elevando também o risco de acidentes de trânsito, transtornos mentais e comportamentais, autoagressão, suicídio, abandono escolar e dependência. Todavia, deve-se considerar a complexidade do fenômeno, observando as relações estabelecidas entre sujeito, contexto e substância, para além das suas consequências nocivas para a saúde (CASTELLANOS-RYAN ET AL., 2013; MARSHALL, 2014).

Conforme literatura especializada, o enfrentamento desse problema depende fundamentalmente do incremento de recursos e de intervenções que contemplem a complexidade de fatores relacionados ao surgimento de transtornos por uso de SPA, fenômeno reconhecidamente influenciado pela interação das dimensões individual, comportamental, ambiental, socioeconômica, cultural e política. Assim, recomenda-se articulação intersetorial e garantia do acesso a tratamento viabilizado por um conjunto de dispositivos, envolvendo avaliação, atendimento psicossocial, redução de danos e recuperação, respeitando-se diversidade e necessidades individuais, além de evitar ambientes restritivos e práticas coercitivas (MIRZA ET. AL., 2011; UNODC, 2018; HADLAND ET. AL, 2021).

No Brasil, a partir dos anos 2000, com a instituição da *Lei da Reforma Psiquiátrica* (Lei 10.216/2001) e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção a pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas passou a priorizar a oferta de cuidado em dispositivos de base comunitária e que visassem a reinserção social do indivíduo, articulando-se numa rede de serviços substitutivos a atenção restrita aos espaços hospitalares (BRASIL, 2001a).

Adotou-se como diretriz da atenção a superação do cuidado fundamentado na exclusão social, representado principalmente por internações em instituições psiquiátricas/ manicomiais, recomendando-se a reestruturação da assistência hospitalar, com uma redução gradual e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos e modificação do espaço de ocorrência das internações, além da substituição destes por leitos em hospitais gerais e expansão do cuidado através de pontos de atenção atualmente organizados pela Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2001a; 2004a; 2011b).

Contudo, o cuidado a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPA ainda é um ponto crítico na Atenção Psicossocial, observando-se a permanência de práticas fundamentadas numa perspectiva de risco e periculosidade, retomando-se o discurso que aponta afastamento do convívio social e internações como único caminho para o tratamento. Considerando a população infantojuvenil, o cenário torna-se ainda mais complexo. Além da desvantagem da assistência em relação à população adulta, verifica-se a continuidade da internação em hospitais psiquiátricos e outras instituições com funcionamento asilar sob a justificativa da proteção, revelando uma contradição entre as práticas adotadas e o modelo assistencial preconizado (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010; ANDRADE, 2011; MEDINA; NERY FILHO; VON FLACH, 2014; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015; VICENTIN; ASSIS; JOIA, 2015).

Verifica-se uma escassez de estudos sobre a atenção em saúde mental ofertada à população infantojuvenil, em especial a parcela que apresenta transtornos devidos ao uso de SPA. Entre os estudos nacionais existentes, percebe-se uma concentração na análise da assistência ofertada nos Centros de Atenção Psicossocial ou caracterização das internações em instituições específicas, não sendo identificadas publicações de abrangência nacional que verifiquem as prováveis mudanças nas hospitalizações psiquiátricas previstas pela Política Nacional de Saúde Mental ou as repercussões da implantação dos serviços substitutivos sobre elas (BORDIN; PAULA, 2007; HOFFMAN ET. AL., 2008; GARCIA ET AL., 2015; PACHECO ET AL, 2017; CONCEIÇÃO ET AL., 2018; MACEDO ET AL., 2018).

O estudo das hospitalizações psiquiátricas possibilitaria uma avaliação desta Política, observando-se sua implantação e a efetividade dos serviços substitutivos. Achados anteriores sobre as hospitalizações apresentam resultados conflitantes, identificando-se tanto uma

associação inversa e significativa entre as taxas de hospitalização e a ampliação da cobertura por serviços de atenção psicossocial, quanto nenhuma alteração nas hospitalizações; observa-se ainda inconsistência nas estratégias metodológicas e contextualização dos resultados (BALBINOT ET AL., 2014; HORTA ET AL., 2015; BALBINOT, ET AL., 2016; BALBINOT, 2017; MILIAUSKAS ET AL., 2017; FERNANDEZ ET AL., 2018).

Ademais, a partir de 2015, mudanças no cenário político nacional trouxeram alterações à política de saúde mental, reduzindo a participação social e permitindo a retomada do financiamento de instituições asilares, como os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Do mesmo modo, a interrupção da divulgação de informações pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tem dificultado o conhecimento sobre a implantação da rede de serviços comunitários e efetivação da mudança de perfil dos leitos hospitalares em saúde mental, conferindo relevância para estudos que possibilitem conhecer este panorama.

Isto posto, o presente estudo pretende atender à necessidade de conhecer os impactos da política assistencial de saúde mental sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens, enfatizando este cenário entre aqueles que apresentam necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativa. Assim, pretende-se verificar os efeitos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial sobre as hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, no período de 2006 a 2018.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL

#### 2.1.1 Aspectos conceituais

Substâncias ou drogas psicoativas (SPA) são substâncias naturais ou sintéticas que, quando consumidas, atuam sobre o sistema nervoso central afetando os processos mentais, produzindo alterações de comportamento, humor, cognição e/ou afeto. Essas substâncias podem ser classificadas segundo diferentes critérios, variando desde categorizações que se referem aos seus efeitos sobre o SNC (estimulantes, depressoras, perturbadoras), até os aspectos legais (lícitas e ilícitas) (WHO, 1994; 2004).

O consumo destas substâncias é um fenômeno complexo, que ocorre de diversas formas e possui diferentes significados, variando entre indivíduos, grupos e culturas. Deve-se considerar as especificidades dos sujeitos que as utilizam e contextos em que estão inseridos, observando-se não apenas o tipo de SPA consumida, pois, ainda que os efeitos possam ser quimicamente similares, são culturalmente diversos e socialmente diferenciados (ESPINHEIRA, 2004).

Infância refere-se ao período do nascimento aos 09 anos, quando ocorrem as alterações físicas, cognitivas e psicossociais mais básicas para a sobrevivência do indivíduo. A juventude (*young people*) é delimitada pelo período que engloba os indivíduos de 10 a 24, dividindo-os em adolescentes (*adolescents*), faixa etária de 10 a 19 anos, e jovens (*youth*), faixa etária de 15 a 24 anos (WHO, 1986; UNFPA, 2013). A juventude se caracteriza por mudanças marcadas pela busca da identidade pessoal, sexual e profissional, desenvolvimento da autonomia, domínio de si e individualização, fazendo com que, muitas vezes, surjam necessidades e emoções conflitantes, favorecendo a adoção de comportamentos de risco, a exemplo do consumo de substâncias psicoativas (SANTOS; PRATTA, 2012; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Nesse período, ocorrem processos neurobiológicos que possibilitam o desenvolvimento de funções cognitivas, emocionais e sociais fundamentais, havendo alterações que estimulam a expansão de áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, memória, atenção e controle das emoções. Entretanto, no que diz respeito aos processos decisórios, as ligações entre áreas responsáveis pelo controle de impulsos e autorregulação ainda se encontram em maturação,

fazendo com que a capacidade de avaliação dos riscos e recompensas seja reduzida. Há também a necessidade adaptativa de ganhar a experiência necessária para assumir papéis e comportamentos adultos, aspecto que favorece os comportamentos de risco, sendo, em certa medida, necessários para um desenvolvimento saudável (NSW, 2014; HALL ET AL., 2016; ROMER ET. AL., 2017).

Assim sendo, a adoção de comportamentos como o consumo de SPA pode fazer parte do desenvolvimento, não sendo necessariamente danoso. A experimentação de SPA e as experiências adquiridas nos processos de tentativa e erro podem contribuir para a formação saudável de sua personalidade, desde que o consumo não seja frequente e/ou apresente altos níveis, trazendo prejuízos ao indivíduo. Neste sentido, reconhece-se a dificuldade para avaliação e diagnóstico de problemas e transtornos devidos ao consumo de SPA entre a população infantojuvenil, pois inclui fases críticas para o surgimento de outros transtornos mentais e comportamentais, bem como a ocorrência de mudanças subjetivas e sociais constantes (NSW, 2008).

Estudos apontam que adolescentes com problemas relacionados ao consumo de SPA tem maiores chances de desenvolver transtornos mentais comparadas àqueles que não apresentam tais problemas, havendo uma associação positiva entre experimentação precoce e evasão escolar, risco aumentado de violências e outros danos. Contudo o estudo do consumo de SPA por esta população deve considerar a complexidade do fenômeno e especificidades do período, para além das suas consequências nocivas para a saúde (CASTELLANOS-RYAN et al., 2013; MARSHALL, 2014).

Considerando o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA, os sistemas utilizados pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e pelo *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* não se mostram adequados para a população infantojuvenil, pois observam somente aspectos relativos a um transtorno que já existe, não considerando o processo de adoecimento, adotando critérios dificilmente identificados entre jovens. Em vista disso, propõem-se que sejam adotados modelos que abranjam desde os momentos mais iniciais do consumo de substância, quando ainda não existem problemas decorrentes do uso, até o extremo do uso prejudicial e/ou dependência (MIRZA ET A., 2011; APA, 2014; WHO, 2016).

De modo geral, assume-se que a análise sobre o consumo de SPA e problemas relacionados deve abranger a interação entre sujeito, contexto e substância (Figura 3). Considerando as especificidades da população infantojuvenil, observam-se aspectos: individuais como personalidade, estrutura subjetiva, predisposição genética, resiliência, reação

ao estresse, eventos traumáticos, valores pessoais, idade de início do consumo, escolaridade, modo de se relacionar com os pares e desenvolvimento neurológico; contextuais, tais como ambientes social e físico, estrutura familiar, conflitos familiares/ separações, uso de SPA por familiares, características da vizinhança, legislação sobre drogas, renda e recursos sociais existentes, e acesso a bens e serviços; e relacionados à SPA consumida, a exemplo de características farmacológicas, vias de administração, frequência do uso, qualidade da substância e expectativas em relação aos seus efeitos (OLIEVENSTEIN, 1990; ESPINHEIRA, 2004; MEDINA; NERY FILHO; VON FLACH, 2014; BRASIL, 2015b).

No que se refere ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA, conforme literatura especializada, estes são produzidos a partir da interação de determinantes das dimensões individual, ambiental, comportamental, socioeconômica, cultural e política. Desta forma, mecanismos complexos são mediados e modulados por fatores de risco/ vulnerabilidade e de proteção, resultando em estados de saúde que variam de uma saúde mental positiva até o surgimento de um transtorno por uso de SPA (MIRZA; MIRZA, 2008; NIDA, 2014; DEGENHARDT ET AL., 2016; UNODC, 2018).

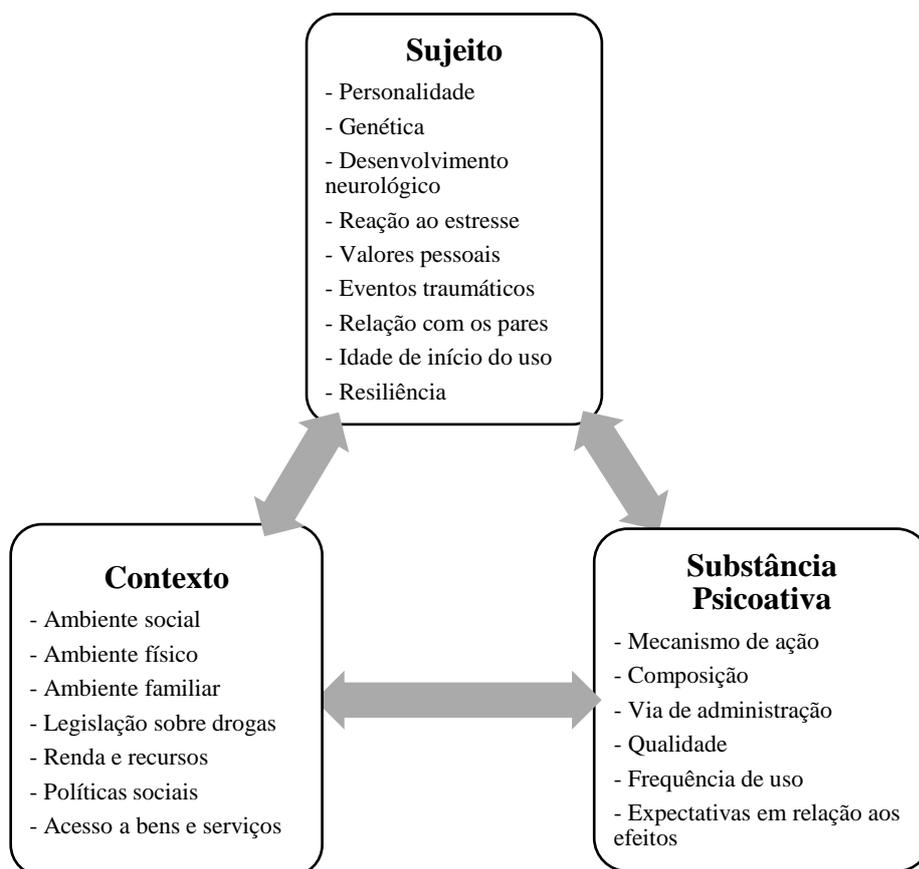
Na dimensão individual, estariam as características que podem contribuir para elevar a chance do uso de SPA ou de desenvolvimento dos transtornos mentais, destacando - se o funcionamento neurobiológico, estrutura da personalidade, estratégias de enfrentamento ao estresse e a suscetibilidade genética. Influenciando as características individuais, encontram-se os ambientes físico e social, incluindo família, escola e amigos/pares, sendo determinante do modo como os indivíduos crescem, desenvolvem e interagem. O contexto socioeconômico e político engloba fatores como baixo controle social, falta de coesão social, baixo capital social, violência, exclusão social/ desigualdade, discriminação, racismo, pobreza, trabalho infantil e falta de acesso a bens e serviços, atuando sobre as condições de vida e contextos ambientais e físico (MIRZA; MIRZA, 2008; DEGENHARDT ET AL., 2016; UNODC, 2018).

Mostram-se fatores de risco e vulnerabilidade individuais: maior agressividade, desatenção, impulsividade, atrasos de linguagem, déficits cognitivos, dificuldade em tomar decisões e solucionar problemas, desequilíbrio na resposta fisiológica e escassez de estratégias de enfrentamento do estresse. Como fatores contextuais: habitação precária, vizinhança desorganizada/ violenta, facilidade de acesso ao álcool, tabaco, e outras drogas, acesso a armas de fogo, insegurança alimentar, exposição a agentes tóxicos, falta de envolvimento e acompanhamento familiar, exposição a agressões, abusos ou negligência, ambiente estressante/desorganizado, uso de SPA por familiares, educação de baixa qualidade, baixa frequência/ evasão escolar, ausência de programas de educação em saúde e prevenção,

amigos/pares e modelos com valores nocivos e envolvimento em grupos que praticam violência/ crime (MIRZA; MIRZA, 2008; DEGENHARDT ET AL., 2016; UNODC, 2018).

São considerados fatores de proteção: acompanhamento familiar próximo e afetuoso, monitoramento pelos pais/ cuidadores, maior nível educacional ou desejo de alcançá-lo, inserção em grupos/ pares que não consomem SPA, boas habilidades sociais e interpessoais, desenvolvimento de valores e comportamentos aprovados socialmente, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento do estresse e regulação emocional, garantia da segurança física e inserção social, vizinhança segura e acolhedora, percepção de vínculo com escola ou outras instituições sociais, educação de qualidade e existência de leis que regulem a venda e consumo de SPA, (MIRZA; MIRZA, 2008; DEGENHARDT ET AL., 2016; UNODC, 2018).

**Figura 1.** Dimensões do fenômeno do consumo de substâncias psicoativas na infância e juventude.



Fonte: Adaptado de Olievenstein (1990).

### 2.1.2 Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas na Juventude

O consumo de substâncias psicoativas pela população infantojuvenil sido apontado como um fenômeno de grande relevância para a saúde global. Estudos nacionais e internacionais buscam identificar como esse consumo se distribui na população e suas repercussões individuais e sociais, bem como as principais estratégias de tratamento dos transtornos mentais decorrentes e impacto sobre os serviços de saúde.

Habitualmente, inquéritos e pesquisas realizados com a população infantojuvenil permitem acompanhar a evolução das tendências do consumo de SPA e possíveis alterações nas suas características, concentrando seus participantes na faixa etária da juventude (10 a 24 anos) e utilizando questionários que possibilitam a verificação do impacto do consumo de SPA em dimensões como situação escolar, comportamento, relação familiar, saúde mental, trabalho, relação com amigos e situação perante a Justiça.

Segundo o *World Drug Report 2018*, álcool, tabaco e maconha são as SPA mais consumidas pela população jovem de diferentes países e regiões, com os maiores níveis de consumo sendo identificados na faixa etária entre 18 e 25 anos. Destaca-se como principal característica, o consumo de simultâneo de mais de uma substância (*polydrug use*), sendo comuns combinações de álcool com substâncias estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central. Apresentam-se ainda diversas circunstâncias que estimulam o uso, variando desde cenários de uso em ambientes recreativos até o consumo por jovens que vivem em situações de extrema vulnerabilidade e utilizam dessas substâncias para enfrentar as situações em que se encontram. (UNODC, 2018).

Na Europa, o consumo de álcool, tabaco e maconha se destaca. O *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Report 2019*, realizado com estudantes de 15 a 16 anos, indicou que 33,0% experimentaram álcool, 18, 0% tabaco e 2,4% maconha aos 13 anos ou menos, com cerca de 6,7% já tendo passado por episódio de intoxicação alcoólica (embriaguez). A prevalência média de uso na vida de substâncias ilícitas foi de 17,0%, com tendência de crescimento entre os anos de 1995 e 2011 e redução nos anos seguintes. Identificou-se uma redução global no consumo de álcool e cigarros, embora os episódios de consumo excessivo de álcool tenham aumentado entre o sexo feminino. A partir de 2018, verificou-se ainda que, em média, 22,0% participaram em jogos de azar nos últimos 12 meses e 46,0% apresentaram uso problemático de mídias sociais e jogos (ESPAD, 2020).

Nos Estados Unidos da América, o *Monitoring the Future (MTF) Survey* aponta que álcool, tabaco e maconha são as SPA mais consumidas entre adolescentes escolares. Entre 1991

e 2017, identificou-se redução do uso de álcool (80,1% para 41,7%), cigarro (53,7% para 17,0%), inalantes (17,0% para 6,7%), e cocaína (4,6% para 2,5%), havendo um incremento no consumo de maconha (22,7% para 29,3%). O gênero masculino apresentou prevalências de consumo mais altas de substâncias ilícitas do que o feminino, assim como de tabaco e esteroides, enquanto notou-se o inverso para as drogas prescritas (anfetaminas, sedativos e tranquilizantes), mais prevalentes no sexo feminino (JOHNSTON ET AL., 2017; 2018).

A *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017 (ENCODAT)*, realizada no México, indicou que 6,4% dos adolescentes entre 12 e 17 anos já haviam consumido algum tipo de SPA, sendo álcool, maconha, cocaína e inalantes as mais comuns. Entre os anos de 2011 e 2016, houve uma variação de 42,9% para 39,8% no consumo de álcool, 6,5% para 4,9% no de tabaco, e 2,4% para 5,3% no de maconha, com maiores prevalências entre o sexo masculino. O consumo de cocaína, alucinógenos, inalantes, heroína e anfetaminas aumentou de 3,9% para 6,6%, observando-se uma contribuição crescente do sexo feminino (INPRFM, 2017).

Os estudos brasileiros apresentam consonância com os achados internacionais, sendo álcool, tabaco e maconha as substâncias mais consumidas. A experimentação costuma ocorrer entre os 12 e 15 anos, com relatos de consumo iniciado antes dos 10 anos. Em termos de tabaco e álcool, ocorre por volta dos 13 anos, já a experimentação de substâncias ilícitas costuma ocorrer entre 14 e 15 anos. Em 2015, a Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) indicou que 55,0% já havia consumido álcool, 18,4% tabaco e 9,0% alguma SPA ilícita, como maconha, cocaína, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy e etc. Aproximadamente 21,4% havia sofrido algum episódio de intoxicação e 7,3% apresentou problemas com família ou amigos, faltou às aulas ou envolveu-se em brigas, em decorrência do consumo bebida alcoólica (CARLINI et al., 2010; INPAD, 2014; MALTA, 2014; BRASIL, 2016b).

Em relação às consequências nocivas para a saúde, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA apresentam baixos índices de mortalidade, mas tem aumentado a sua contribuição na carga global de doença e favorecido o acometimento por outras condições.

De acordo com o *World Drug Report 2017*, o consumo de SPA injetáveis por pessoas de 15 a 64 anos elevam a chance de morte prematura e contaminação por doenças infecciosas, como HIV, hepatites e tuberculose, assim como o risco de overdoses. Os dados indicam uma mortalidade de 39,6 mortes a cada 1 (um) milhão de pessoas por causas relacionadas ao consumo de SPA, sendo as mais comuns: overdoses, HIV/AIDS e Hepatite C adquiridas através do uso de SPA injetáveis, autoagressão e envenenamento (suicídio), e mortes e traumas não

intencionais resultantes do consumo (acidentes veiculares e outras mortes acidentais) (UNODC, 2017).

Estudos sobre a Carga Global de Doença apontam um crescimento da contribuição do consumo de SPA pela população jovem no desenvolvimento de condições incapacitantes e morte. Entre os anos de 1990 e 2019, o consumo de álcool permaneceu entre os cinco fatores de risco que mais contribuíram com anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) na faixa etária de 10 a 24 anos, enquanto os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA se destacaram entre as principais causas de DALYs (WHITEFORD ET AL, 2014, MOKDAD ET AL, 2016; GBD, 2020a; 2020b).

Observando-se a morbidade hospitalar, a maior parte das investigações se concentra na população adulta. Para a população infantojuvenil, os principais achados internacionais indicam uma predominância das hospitalizações por transtornos devidos ao uso de álcool, maior contribuição percentual no total de hospitalizações com o aumento da idade e associação entre transtornos mentais preexistentes e o consumo de SPA (BOUTHORN ET AL, 2011; BELLA ET AL., 2012; FAHIMI ET AL., 2015; MASROOR ET AL., 2019).

No Brasil, conforme o *Relatório Brasileiro sobre Drogas 2009*, entre os anos de 2001 e 2007, o número de hospitalizações decorrentes do consumo de SPA na população geral foi de 76,7 por 100 mil habitantes, representando 1,2% das hospitalizações por todas as causas. A faixa etária de 20 a 29 anos contribuiu com 17,0%, sendo superada apenas pelas faixas de 40 a 49 e 30 a 39 anos. Observou-se também uma mudança na tendência global, reduzindo de 83,07/100 mil habitantes em 2001, para 73,20 / 100 mil habitantes em 2007, sugerindo-se que, apesar do aumento na prevalência do consumo, este seria um possível efeito da política de saúde mental instituída que previa a construção de uma atenção extra-hospitalar (BRASIL, 2009a).

Analisando-se as hospitalizações de crianças e adolescentes por esse grupo de causas, no estado do Ceará, constatou-se uma estabilização das taxas de hospitalização e tempo de permanência entre os anos de 2000 a 2015, ainda que as prevalências de consumo de SPA tenham aumentado. Fenômeno oposto ao observado no Rio Grande do Sul, que, no período de 2000 a 2012, apresentou um aumento significativo nas taxas de hospitalização, justificando-se pelas mudanças no perfil epidemiológico da população e possível inefetividade dos modelos de atendimento extra-hospitalares para estas faixas etárias (BALBINOT ET AL., 2014; BALBINOT, 2017).

Ressalta-se que múltiplos fatores devem ser ponderados na comparação dos resultados observados mundialmente, haja vista que a maior parte dos levantamentos são realizados em países de alta renda. Este aspecto restringe a compreensão acerca dos efeitos sociais e impactos

do uso de SPA na saúde em diferentes contextos. Variações das compreensões acerca da juventude, questões relacionadas ao gênero, papéis sociais e vulnerabilidade, principalmente entre mulheres jovens de países de baixa renda, e aspectos legais e culturais ligados ao consumo de SPA, devem ser considerados, pois afetam intervenções de prevenção e tratamento, podendo limitar ou restringir o acesso à informação, cuidado e serviços existentes (HALL ET AL, 2016).

Salienta-se que diferenças nas políticas de saúde e modelos de atenção a pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas se mostram relevantes para compreensão dos resultados encontrados, pois orientam a oferta e acesso ao cuidado, determinando desde a existência e disponibilidade de tratamento em serviços comunitários até a prática de internações compulsórias (SENAD, 2015; UNODC, 2018). Deste modo, os tópicos seguintes abordarão como esses elementos se organizam no contexto brasileiro.

## 2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

### 2.2.1 A construção do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil

A atenção em Saúde Mental no Brasil tem passado por importantes processos de mudança paradigmática. A partir dos anos de 1970, num cenário de democratização do país e luta por um Estado que garantisse os direitos sociais fundamentais, dois movimentos trouxeram grandes contribuições para o avanço na organização da assistência em Saúde Mental: o movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica.

Ainda que tivesse a saúde como referência, o movimento da Reforma Sanitária não previa apenas uma mudança no setor saúde, mas visava a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população, buscando intervir amplamente no atendimento às necessidades da população, abrangendo mudanças que transcendessem esse setor. Trazia também a crítica à ineficiência do modelo de atenção e às políticas de saúde vigentes, apresentando alternativas para o planejamento e gestão dos serviços que culminaram na reformulação do sistema nacional de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

No âmbito da saúde mental, até então as propostas de mudança na assistência se fundamentavam na requalificação dos espaços asilares, buscando diferentes perspectivas para modificar a atenção prestada nos hospitais psiquiátricos. Contudo, o movimento da Reforma

Psiquiátrica Brasileira (RPB)<sup>1</sup> evidenciava a ineficiência da assistência e inadequação dos gastos públicos direcionados à saúde mental, emergindo também denúncias de violências e maus tratos aos quais os pacientes eram submetidos durante as internações, questionando não apenas estrutura e gestão, mas a lógica que orientava a instituição asilar/psiquiátrica (TENÓRIO, 2002).

Alinhando-se à concepção de intervenção ampliada do movimento da Reforma Sanitária, defendia o desenvolvimento de um novo olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico, considerando a singularidade e o contexto onde ele se insere, a construção de dispositivos de acolhimento, sociabilidade e de produção de subjetividade, bem como mudanças na legislação, buscando romper com a vinculação entre loucura e periculosidade, incapacidade e alienação, construindo um novo lugar social para a loucura, envolvendo toda a sociedade na discussão, reflexão e operação da Reforma (AMARANTE, 2007).

Desta forma, com o fortalecimento do movimento da RPB e de outros movimentos sociais, assumiu-se o rompimento total com as instituições manicomiais, buscando superar a perspectiva de aperfeiçoamento de estruturas como os ambulatórios e hospitais, tornando-se imperativa a substituição da atenção hospitalocêntrica por uma atenção baseada em dispositivos comunitários, resultando na transição de um modelo asilar/ manicomial para um modelo de atenção psicossocial (TENÓRIO, 2002; YASUI; COSTA-ROSA, 2008; AMARANTE; NUNES, 2018).

No final da década de 1980, iniciativas locais como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a intervenção num importante hospital psiquiátrico<sup>2</sup>, e a criação de serviços diversificados para acolhimento e reinserção dos egressos dos hospitais demonstraram que a substituição dos manicômios por serviços territoriais poderia ser executada, fazendo com que fosse pensada a assunção deste novo modelo em todo o país. Ainda nesse momento, entrou em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/1989, do

---

<sup>1</sup> A Reforma Psiquiátrica Brasileira é também compreendida como o processo histórico de crítica e transformação do modelo assistencial de saúde mental brasileiro, iniciado na década de 1970, que traz o questionamento das práticas e saberes psiquiátricos. Consiste num processo complexo, que inclui aspectos teórico-conceituais, técnicos, assistenciais, socioculturais, jurídicos e políticos, marcado principalmente pela defesa da cidadania e atenção integral às pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas (AMARANTE, 1998; 2007; TENÓRIO, 2002; AMARANTE; NUNES, 2018).

<sup>2</sup> A intervenção do poder público municipal na Casa de Saúde Anchieta ocorreu no ano de 1989, após denúncias de maus tratos e mortes violentas no hospital. Destacou-se como uma intervenção inovadora tanto pelo fato de o poder público municipal assumir a direção de uma entidade privada prestadora de serviços ao governo federal, como pelas modificações ocorridas na assistência ofertada. As normas de funcionamento foram modificadas, ocorrendo a abertura e a proibição do uso das celas fortes, realização de assembleias de usuários e reuniões com familiares e reorganização da rotina e ofertas de serviços, culminando, dentre outros acontecimentos, na desinstitucionalização de usuários e desativação de enfermarias (KINOSHITA, 2009).

deputado Paulo Delgado (PT/MG), indicando a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, iniciando uma disputa marcante nas leis e normas nacionais (BRASIL, 2005a).

No cenário internacional, em 1990, a Organização Mundial (OMS) e a Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizaram a *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde*, debatendo a assistência psiquiátrica na América Latina. Na ocasião, reconheceu-se a impossibilidade da manutenção do modelo assistencial hospitalocêntrico, indicando-se a reestruturação da assistência psiquiátrica, privilegiando modelos centrados na comunidade, ajustando-se as legislações de cada país de modo a assegurar o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais e a organização de serviços comunitários de saúde mental (PAHO, 1990).

Inspirando-se nesses movimentos, diversos estados brasileiros aprovaram leis que determinavam a substituição gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Tais acontecimentos, juntamente a atuação contínua dos movimentos sociais, levaram o governo federal a construir normas para regulamentar a implantação de serviços de atenção diária, baseadas em experiências dos primeiros serviços substitutivos. Neste período, surgiram as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos, mesmo não havendo ainda uma orientação nacional para um modelo de atenção a ser adotado (BRASIL, 2005a).

Após mais de 10 anos de tramitação e importantes alterações no texto original do Projeto de Lei, aprovou-se em 2001 a Lei 10.216, conhecida como *Lei da Reforma Psiquiátrica*, reconhecendo a cidadania das pessoas com transtornos mentais e orientando o cuidado baseado na reinserção social e respeito aos direitos humanos. Sua aprovação consistiu num marco fundamental no redirecionamento da atenção em saúde mental no país, ainda que não explicitasse como se daria o processo de substituição dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2001a).

No ano seguinte, a Portaria n.º 336/GM estabeleceu nacionalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos como serviços ambulatoriais de atenção diária, para atendimento prioritário de pessoas com “transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”, contando com uma equipe multiprofissional e diferentes tipologias, definidas por ordem crescente de complexidade e critérios populacionais<sup>3</sup> (BRASIL, 2002a).

---

<sup>3</sup> Foram criados cinco modalidades de CAPS, sendo descritos como: CAPS I, para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento no período de 08:00 às 18:00 horas, durante os dias úteis da semana; CAPS II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e funcionamento similar ao

Iniciava-se então um período de incremento dos recursos aplicados em saúde mental, o que tornou possível a reestruturação da assistência. Entre os anos de 2001 e 2009, houve um aumento de 51,3% nos gastos federais com saúde mental, com redução de 39,5% do gasto hospitalar e aumento de 404,2% do gasto extra-hospitalar. Aponta-se este fato como estratégico para induzir a mudança do modelo assistencial, dado que o aumento do orçamento da saúde mental e o modo de sua aplicação possibilitou a inversão da atenção dos hospitais para os serviços comunitários (GONÇALVES ET. AL., 2012).

Vale apontar que, ainda que os CAPS tenham surgido como serviços fundamentais no processo de substituição da atenção centrada nos manicômios, as práticas da Atenção Psicossocial não estariam centradas em um dispositivo. Os CAPS foram equipamentos estratégicos para a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, entretanto a atenção não se restringe a estes estabelecimentos, devendo desenvolver-se como estratégia territorial fundamentada numa rede de dispositivos operando a integralidade cotidianamente, promovendo e respeitando as diversas formas de estar no mundo (COSTA-ROSA, 2013).

Em consonância com este pensamento, instituiu-se em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>4</sup>. A RAPS surgiu a partir do reconhecimento da necessidade de estabelecer uma rede integrada de serviços de saúde mental, visando criar, ampliar e articular no âmbito do SUS pontos de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental e necessidades pelo uso de substâncias psicoativas. Suas ações e serviços se desenvolveriam conforme princípios e diretrizes do SUS, consolidando a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, bem como a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011b; 2014a).

Suas diretrizes diziam respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, combate a estigmas e preconceitos, garantia do acesso e da qualidade dos serviços, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, diversificação das estratégias de cuidado,

---

CAPS I, podendo ampliar para até as 21:00 horas; CAPS III, para municípios com população acima de 200.000 habitantes, com atenção contínua e diária, durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; CAPS i, para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido, com funcionamento similar ao CAPS II; e CAPS AD, para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70.000, e funcionamento similar ao CAPS II (BRASIL, 2002a).

<sup>4</sup> A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria 3.088/2011 e surge como uma das redes prioritárias das Redes de Atenção em Saúde (RAS), apresentando uma articulação conjunta das ações e serviços de saúde, em níveis crescentes de complexidade e horizontalização das relações entre os pontos de atenção, objetivando garantir a integralidade do cuidado, podendo assumir diferentes constituições, conforme necessidade da população e pactuação intergestores (BRASIL, 2011a). Destacam-se entre seus objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial, garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território; atenção a grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), prevenção do consumo e dependência de substâncias psicoativas, redução de danos provocados por este consumo, reabilitação e reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de SPA (BRASIL, 2011b).

desenvolvimento de atividades no território e estratégias de Redução de Riscos e Danos relacionados ao consumo de SPA; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, promoção de estratégias de educação permanente, e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e necessidades pelo uso de crack, álcool e outras drogas amparada na construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011b).

A organização da RAPS se daria a partir de sete componentes, abrangendo diferentes níveis de complexidade e pontos de atenção da rede, conforme especificado na Figura 2.

**Figura 2.** Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

<b>Componente</b>	<b>Pontos de atenção</b>
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	- Unidades Básica de Saúde; - Equipes da atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; - Centros de Convivência
<b>Atenção Psicossocial Especializada</b>	- Centros de Atenção Psicossocial
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	- Serviço Móvel de Urgência (SAMU); - Sala de Estabilização; - Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; - Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; - Unidades Básicas de Saúde.
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	- Unidade de Acolhimento; - Serviços de Atenção em Regime Residencial.
<b>Atenção Hospitalar</b>	- Enfermaria especializada em Hospital Geral; - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	- Serviços Residenciais Terapêuticos
<b>Reabilitação Psicossocial</b>	- Iniciativas de geração de trabalho e renda; - Empreendimentos solidários; - Cooperativas sociais.

Fonte: BRASIL, 2011b.

Foi mantido o redirecionamento da atenção psiquiátrica aos serviços substitutivos, reforçando a extinção das internações em hospitais psiquiátricos, devendo ocorrer em hospitais gerais e Serviços Hospitalares de Referência, quando identificada a necessidade da atenção hospitalar. Os pontos de Atenção da Urgência e Emergência foram apontados como fundamentais para o acolhimento e enfrentamento de situações de crise das pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA, devendo ser garantida a continuidade do cuidado extra-hospitalar, em CAPS ou serviço da ABS. Para a Atenção Hospitalar, orientava-se a oferta em Enfermaria especializada em hospital geral ou Serviço Hospitalar de Referência, devendo ser construído um projeto terapêutico de forma articulada com os dispositivos do território (BRASIL, 2011b).

Observa-se que os CAPS permaneceram como dispositivos estratégicos da atenção psicossocial, compondo a atenção psicossocial especializada. Nesta configuração, possuem papel de articulação da RAPS, exercendo tanto a função de prestar a atenção direta às pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relacionadas ao consumo de SPA, quanto o papel de ordenação do cuidado, atuando juntamente com as equipes da Atenção Básica e acionando demais recursos necessários ao desenvolvimento de um cuidado integral (BRASIL, 2015a).

A partir do ano de 2015, com mudanças ocorridas na coordenação do Ministério da Saúde e no cenário político brasileiro, iniciou-se um período de retrocesso da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD). Em 2017 foram realizadas alterações na legislação da assistência em saúde mental, inserindo outros pontos de atenção e componentes na RAPS<sup>5</sup>, entre eles os hospitais psiquiátricos, evidenciando a tensão entre o cuidado em liberdade, a superação do modelo manicomial e a retomada de práticas institucionalizantes (BRASIL, 2017a).

Nos anos seguintes, destacaram-se a aprovação de uma nova Política Nacional sobre Drogas; retirada da gestão e planejamento da assistência a pessoas em uso de SPA do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania; incentivo financeiro ao tratamento Ambulatorial, instituindo-se Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT); suspensão do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, com ampliação de leitos, reajuste do valor da diária hospitalar em psiquiatria no SUS, recomendação de modernização, assunção de protocolos e novos padrões nestes estabelecimentos, incluindo

---

<sup>5</sup> Através da Resolução nº 32/2017 e da Portaria nº 3.588/ 2017, foram indicadas modificações na composição da RAPS, havendo a inclusão de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas (no componente da atenção especializada), dos hospitais psiquiátricos (na atenção hospitalar) e criação do CAPS AD IV (BRASIL, 2017a).

hospitais com mais de 400 leitos; e modificação do funcionamento de outros serviços já existentes na RAPS (BRASIL, 2019a; 2019b).

Ainda que não sejam encontradas evidências que justifiquem a manutenção de internações como principal estratégia de cuidado, associações médicas e empresas hospitalares tem atuado junto ao governo federal apoiando sua manutenção. Em contrapartida, estudos realizados em países de baixa e média renda tem demonstrado a eficácia das intervenções psicossociais na atenção à saúde mental, com recomendação de investimento contínuo serviços da ABS e comunitários de saúde mental, uso de hospitais somente em situações que necessitem de suporte de alta complexidade, assistência residencial de longo prazo na comunidade, e desenvolvimento de iniciativas de trabalho e geração de renda (THORNICROFT ET.EL., 2016; BRASIL, 2017b; ABP;CFM, 2017; MPF, 2017; BARBUI ET. AL., 2020).

Ao analisar o cenário das políticas e legislação atuais, observa-se uma importante redução na ampliação de serviços comunitários de saúde mental, ampliação do apoio financeiro às instituições manicomiais, redução da participação/ controle social e ausência de transparência em relação aos gastos e investimentos públicos, agravando a insuficiência e desigualdades regionais na assistência em saúde mental no Brasil, além de representar um retrocesso no que se refere ao reconhecimento e garantia dos direitos a pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de SPA (AMARANTE; NUNES, 2018; NUNES ET. AL., 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019; CRUZ ET AL., 2020).

### **2.2.2 Atenção à Saúde Mental Infantojuvenil**

A estruturação da atenção em saúde mental para infância e juventude é um processo recente no Brasil, sendo precedido por transformações da compreensão destes períodos da vida e reconhecimento dos seus direitos.

A Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, aprovada na Assembleia da Sociedade das Nações em 1924, formalizou internacionalmente o reconhecimento dos direitos das crianças e adolescentes e orientou a proteção da população infantojuvenil, cabendo a cada país promover seu desenvolvimento normal e garantir condições materiais, morais e espirituais, recolhendo e resgatando os mais vulneráveis quando necessário, iniciando uma série de modificações nas intervenções direcionadas a esta população (SOCIÉTÉ DES NATIONS, 1924).

Diante disto, o Brasil instituiu o primeiro Código de Menores (decreto nº 17.943-a de 12 de outubro de 1927), conhecido como Código Mello Mattos. Direcionada ao “menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente”, buscava consolidar as leis de assistência e proteção à população infantojuvenil, adotando medidas relacionadas à tutela e institucionalização dos que pertenciam a segmentos populacionais mais vulneráveis. Sob a justificativa do que se denominou *proteção social* (ou *doutrina da situação irregular*), houve um longo processo de privação de liberdade e internações daqueles que viviam em situação de pobreza, dos que apresentavam deficiências ou transtornos mentais, e dos que cometiam atos infracionais (BRASIL, 1926; 1927; RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Somente no final do século XX, com a reorganização de movimentos sociais e mobilização da sociedade civil, ampliou-se o olhar sobre as necessidades e direitos desta população, modificando-se a compreensão jurídica e social da infância e adolescência. Com a definição do cuidado prioritário à infância, as intervenções passaram a ser norteadas pela compreensão de que são pessoas em processo de desenvolvimento e que deveriam ter seus direitos fundamentais garantidos legalmente, cabendo à família, à sociedade e ao Estado assegurar o acesso a oportunidades e facilidades que permitissem seu desenvolvimento integral (BRASIL, 2005b; 2014c).

Nesse contexto, o paradigma da *proteção social* foi superado pelo da *proteção integral*. Esta mudança se oficializou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, trazendo a substituição das intervenções voltadas para o controle e institucionalização das crianças e adolescentes por ações fundamentadas no seu reconhecimento como sujeitos de direitos, e não apenas objetos da intervenção do Estado, sendo capazes de alterar positivamente o curso da própria vida e contribuir com o desenvolvimento do país (BRASIL, 2014c).

O discurso da defesa dos direitos dessa população incorporou ainda o debate em torno da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pela perspectiva da atenção integral à saúde. Nesse sentido, o ECA teve um importante papel por adotar uma concepção ampliada de saúde, reconhecendo a necessidade da efetivação de políticas sociais públicas que possibilitassem o nascimento e desenvolvimento sadio, em condições dignas de existência. Fez também a defesa da saúde como direito fundamental, apontando que todas as crianças e adolescentes têm direito a proteção à vida e à saúde, devendo ser assegurado o atendimento integral à saúde, através do SUS, com garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014c).

No campo da Saúde Mental, essas propostas tardaram a se concretizar. Na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, foram apontados os efeitos nocivos da institucionalização da população infantojuvenil e na 3ª Conferência, realizada em 2001, exigiu-se a realização das ações para efetivação de um novo modelo de cuidado e tratamento dessa população. Nesse mesmo ano, oficializou-se a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e um novo modelo assistencial em saúde mental baseado na atenção psicossocial, através da *lei da Reforma Psiquiátrica*, com orientação de que o cuidado a pessoas com transtornos mentais passaria a ser ofertado em dispositivos extra-hospitalares e que visassem a reinserção social dos indivíduos (BRASIL, 2001a; 2005b).

Ressalta-se que a atenção a crianças e adolescentes no Brasil era ofertada principalmente por instituições da assistência social e de filantropia, diferenciando-se da institucionalização ocorrida entre a população adulta que apresentava algum transtorno mental. Ainda que ambos os percursos fossem pautados na exclusão e segregação, para a população infantojuvenil, assumia-se uma perspectiva de tutela do Estado para uma formação moral, intelectual e física, não existindo o reconhecimento do sofrimento psíquico, gerando desassistência e ausência de modelos de cuidado (COUTO; DELGADO, 2015).

A inserção oficial da assistência à saúde mental da população infantojuvenil mental na saúde ocorreu com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)<sup>6</sup>, entretanto sua implantação se mostrou insuficiente. No ano de 2003, um elevado número de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não conseguiam acessar o SUS, sendo aprovado o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência 2003/2004. Este objetivava “corrigir distorções”, prevendo a implantação de CAPSi em municípios estratégicos, definindo-os como um serviço com capacidade para atender uma população de cerca de 200.000 habitantes, possuindo como clientela a população infantojuvenil com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, neuroses graves, autismo, deficiência mental com comorbidade psiquiátrica, e uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003a).

---

<sup>6</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) foram instituídos pela Portaria nº 336/2002, definidos como serviços de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, sendo referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional que atenda a critérios epidemiológicos, devendo constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A necessidade de construir uma assistência que considerasse essas especificidades foi ratificada em 2004, com a instituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que possibilitou o debate e planejamento nacional das ações voltadas para essa população, trazendo elementos fundamentais para a construção de uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Adotou-se como princípio norteador da política a noção de que são sujeitos responsáveis por sua demanda, seu sofrimento e seu sintoma, com necessidades subjetivas que não podem ser atendidas com um cuidado exercido de forma indiferenciada e homogênea, iniciando-se a construção de diretrizes da política de saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2014b).

Em 2010, as discussões acerca da Atenção Psicossocial Infantojuvenil ganharam destaque na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, discutindo-se a necessidade de uma agenda prioritária de intervenções em saúde mental na infância, adolescência e juventude. O Relatório Final apontou a indispensabilidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento àqueles em sofrimento psíquico, através da construção de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental de base comunitária e fundamento intersetorial, orientada pelas determinações do ECA, da Lei 10.216, dos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2014b).

Considerando a necessidade de qualificação das ações voltadas à população infantojuvenil, em 2014, o Ministério de Saúde e o Conselho Nacional do Ministério Público publicaram orientações para seu cuidado, reforçando princípios para construção de uma política de saúde mental para a população infantojuvenil e adotando como diretrizes<sup>7</sup>: a) reconhecimento destes como sujeitos responsáveis por sua demanda e seu sintoma; b)

---

<sup>7</sup> As diretrizes para a política de saúde mental infantojuvenil são especificadas como (BRASIL, 2014b): a) “A criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma”: crianças e adolescentes são sujeitos que possuem direitos, detém lugar de fala, e são singulares, não havendo condutas terapêuticas ou tratamentos homogêneos. Orienta-se que, mesmo na ausência de um cuidador ou responsável legal, o atendimento deva ser prestado; b) “Acolhimento universal”: todos os que buscam os serviços com alguma necessidade de saúde devem ser atendidos. Deve ser garantido o acolhimento da demanda, fazendo uma abordagem que identifique as necessidades, proponha intervenções e ofereça tratamento (mesmo que em outros lugares); c) “Encaminhamento implicado e corresponsável”: quando identificado que outro serviço melhor se ajusta às necessidades do usuário, deve ser realizado o acompanhamento do caso até sua inserção ou atendimento; d) “Construção permanente da rede e da intersetorialidade”: é necessária a construção permanente de uma rede que garanta o acesso da população infantojuvenil aos cuidados em saúde mental, convocando-se continuamente os diversos atores e setores. Fundamenta-se na noção de clínica ampliada e no reconhecimento da complexidade das intervenções em saúde mental; e) “Trabalho no território”: o trabalho não se limita aos espaços físicos dos serviços de saúde mental, cabendo ao profissional conhecer e atuar sobre o território, considerando não apenas seus aspectos geográfico, mas também as relações sociais e afetos daquele que é cuidado; f) “Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental”: é necessário discutir e elaborar conjuntamente as demandas que chegam aos serviços de saúde, devendo ser promovidas ações que permitam identificar as necessidades de saúde mental da população para potencialização das intervenções.

acolhimento universal; c) encaminhamento implicado e corresponsável; d) construção permanente da rede e da intersetorialidade; e) trabalho territorial; f) avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (BRASIL, 2014c).

Apesar dos avanços observados nas políticas de saúde mental infantojuvenil, persiste uma lacuna entre as necessidades de tratamento e o acesso aos serviços. Ainda que todas as modalidades de CAPS possam atender o público infantojuvenil<sup>8</sup>, observa-se insuficiência e desigualdade na distribuição dos serviços e escassez de profissionais especializados na atenção infantojuvenil, sendo necessária a consolidação das redes de atenção, através de investimentos substanciais que garantam a continuidade e sustentabilidade das políticas (PAULA ET AL., 2012; COUTO; DELGADO, 2015; MACEDO ET AL., 2018).

Ademais, a superação das práticas institucionalizantes se mantém como desafio. Seguindo a tendência de modificações nas políticas de saúde observada no último quinquênio, a atenção direcionada à população infantojuvenil se mostra fragilizada, sendo constantemente pautada a retomada intervenções fundamentadas no afastamento e exclusão social, em especial para aqueles com necessidades decorrentes do consumo de SPA.

Segundo os relatórios de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 (CFP, 2018) e Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos (CFP, 2019), as internações de crianças e adolescentes em instituições asilares em todas as regiões brasileiras persistem, com infrações às determinações do ECA e direitos humanos fundamentais. Verificou-se a recorrência de situações que incluem: admissão em unidades voltadas ao público adulto, com ausência de proteção a situações de abuso e exploração; predomínio de internações compulsórias (forçadas) a pedido do Estado, desrespeitando direitos fundamentais, diretrizes da atenção psicossocial e processos terapêuticos validados; práticas de laborterapia e sinais de trabalho forçado; e fragilização de vínculos sociais a partir da privação ou rompimento da convivência familiar e comunitária (CFP, 2018; 2019).

Destaca-se a necessidade do enfrentamento e superação desta realidade, com a reafirmação das diretrizes de uma política de saúde mental infantojuvenil fundamentada na atenção psicossocial, com o desenvolvimento e consolidação da articulação intersetorial,

---

<sup>8</sup> Ainda que os CAPSi sejam indicados como os serviços especializados para atenção da população infantojuvenil, o atendimento pode ocorrer em CAPS gerais (CAPS tipos I, II e III) e CAPS AD/ADIII. Inicialmente os CAPSi eram previstos apenas para municípios ou regiões com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, modificando-se este parâmetro para 70.000 (setenta mil habitantes) com a portaria nº 3.088 de 2011. Permitiu-se também a implantação de CAPS I em municípios com população de 15.000 (quinze mil) habitantes, favorecendo a existência deste serviço em maior número de municípios de pequeno e médio porte (BRASIL, 2016a).

impedimento da internação em instituições asilares/ manicomiais e inclusão do debate sobre o acolhimento em instituições para pessoas com deficiência na agenda e discussões do campo da saúde mental infantojuvenil (VINCENTIN; BLIKSTEIN, 2019).

### 2.3 A ATENÇÃO A PESSOAS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

O tema da atenção integral a pessoas que consomem substâncias psicoativas (SPA) também tem sido abordado de modo restrito no Brasil. As primeiras leis brasileiras direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA surgiram no início do século XX, marcadas pela criminalização e exclusão dos usuários. Somente nas últimas décadas ocorreram modificações conceituais e legais que permitiram que as ações, até então exclusivas do setor da Justiça, fossem incluídas na Saúde, possibilitando a organização da assistência a essas pessoas (MACRAE, 1996; MACHADO; MIRANDA, 2007).

A primeira lei brasileira voltada à temática das drogas data de 1971, surgindo num cenário mundial de acordos e políticas baseados na proibição e criminalização do uso de drogas. Focava na prevenção e repressão ao tráfico e uso de “substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica”, trazendo orientações sobre os procedimentos judiciais, prevenção e recuperação dos seus consumidores (“infratores viciados”). Pautava-se na estigmatização e afastamento do convívio social, recomendando medidas de prevenção como o trancamento de matrícula no ano letivo de aluno de qualquer estabelecimento de ensino que portasse, para uso próprio ou tráfico, essas substâncias (BRASIL, 1971).

Em 1976, aprovou-se uma nova Lei de Entorpecentes (Lei nº 6.368), que mantinha a perspectiva proibicionista e pautava a repressão, prevenção e tratamento do uso de substâncias entorpecentes, orientando as ações do Estado para aqueles que apresentavam dependência física ou psíquica, enfatizando o tratamento através de internação hospitalar. Apesar de ainda limitada, ao pautar a possibilidade de assistência à saúde das pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPA, apontava para a possibilidade de modificação na compreensão legal sobre o uso de drogas, podendo ser vista como um marco no Brasil (BRASIL, 1976).

Essa lei foi revogada pela Lei nº 10.409 de 2002, que dispunha sobre aspectos relacionados à prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, uso e tráfico de drogas. Indicando para o tratamento do “dependente ou o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica” a intervenção

multiprofissional, incluindo a assistência da família, recomendando a participação de estabelecimentos hospitalares ou psiquiátricos. Também incluía ações de redução de danos sociais e à saúde, estimulando o desenvolvimento dos chamados “programas de reinserção no mercado de trabalho” por empresas privadas. As orientações de tratamento representaram um avanço para o período, entretanto a atenção em saúde continuou sendo direcionada para ambiente hospitalar ou psiquiátrico, divergindo do novo modelo assistencial em saúde mental (conforme apresentado em seção anterior) (BRASIL, 2002b).

Cabe pontuar que, ainda que as pessoas que consomem substâncias psicoativas não fossem citadas explicitamente na *Lei da Reforma Psiquiátrica* (Lei nº 10.216/2001), buscava-se a reestruturação e formalização da atenção a todas as pessoas com transtornos mentais, incluindo assim aquelas com transtornos decorrentes do uso de SPA. Desta forma, previa-se uma assistência fundamentalmente ambulatorial, evitando internações que, caso fossem necessárias, seriam de curta duração e realizadas em enfermarias de hospitais gerais (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004a).

Ainda em 2002, foi instituída a primeira política nacional sobre drogas. A Política Nacional Antidrogas, fundamentou-se no enfrentamento do “uso indevido de drogas”, trazendo orientações relacionadas à prevenção, reinserção social, redução de danos, tratamento, desenvolvimento de estudos, entre outras. Apesar de direcionada, principalmente, ao combate às drogas (“antidrogas”), progredia ao apresentar a diferenciação entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante de drogas, além de reconhecer o direito de recebimento de tratamento adequado e a importância da priorização das ações de prevenção (BRASIL, 2002b).

Salienta-se que o Ministério da Saúde assumiu efetivamente a responsabilidade da atenção integral a pessoas com necessidades decorrentes do consumo de SPA a partir do reconhecimento do impacto que o consumo de álcool trazia ao sistema de saúde, representado especialmente pelos gastos com internações hospitalares. Adicionalmente, foi também recomendada na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), realizada alguns meses após a aprovação da *Lei da Reforma*, iniciando assim novas ações voltadas a essas pessoas (BRASIL, 2003b).

Em conformidade com o novo modelo assistencial da saúde mental, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Este objetivava a atenção a usuários com necessidades relacionadas ao uso de SPA, organização e implantação de rede de serviços extra-hospitalares, aperfeiçoamento das intervenções de prevenção como forma de redução de danos sociais e à saúde, realização de ações integrais e

abrangentes, e capacitação e apoio de equipes de atenção básica e saúde mental locais, em articulação com instituições de formação (BRASIL, 2002b).

Dessa maneira, a atenção a pessoas que consomem SPA no Brasil foi inserida oficialmente no setor saúde pela sua incorporação na política de Saúde Mental. Até a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), não havia serviço de saúde especializado para o cuidado dessas pessoas, tendo a atenção marcada pela exclusão social, encarceramento e hospitalizações. Entretanto, a mudança da atenção ofertada não se resumiu à criação de um novo estabelecimento de saúde, mas sim uma mudança na lógica e estrutura assistencial.

Em 2003, apresentou-se a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que adotou como diretrizes a Intersetorialidade e a Atenção integral. Trazia como pontos fundamentais: mudanças sociais e comportamentais para diminuição de riscos individuais e grupais; ações informativas e de prevenção, destinadas à população em geral; qualificação e diversificação da oferta de serviços assistenciais; desenvolvimento de políticas que promovam a saúde contemplando ações dos setores da educação, saúde e acesso a bens e serviços; discussão e revisão de leis e implementação de dispositivos legais na garantia do acesso dos usuários de drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, considerando prioridades locais (BRASIL, 2004b).

No ano seguinte, foi instituído o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Este contemplava os diversos níveis de atenção, sendo organizado em: componente da atenção básica (unidades de atenção básica, ambulatórios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros); componente da atenção nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; componente da atenção hospitalar de referência (Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad instalados em Hospitais Gerais); e componente da rede de suporte social (dispositivos comunitários de acolhida e cuidados), complementares à rede de serviços do SUS (BRASIL, 2004b).

Diante das contradições existentes entre as ações da Saúde (políticas de saúde) e as da Justiça (leis e políticas sobre drogas), iniciou-se um processo de discussão sobre a Política Nacional Antidrogas que culminou na formulação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), em 2005. A PNAD inovou ao reconhecer as estratégias de prevenção do uso indevido de drogas como intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade e retirar do seu texto o destaque tradicionalmente dado à repressão ao tráfico. As orientações para o tratamento, recuperação e

reinserção social, mostraram consonância com a política nacional de saúde mental, trazendo a indicação de uma “rede nacional das intervenções”, que incluía pontos de atenção do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005c; 2005d).

Seguindo as ações da PNAD, em 2006 foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)<sup>9</sup>. Apesar de uma forte presença dos aspectos criminais e de repressão, orientava que a atenção e reinserção social adotasse como princípios: respeito ao usuário de SPA, observando os direitos humanos, princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Assistência Social; estratégias que considerassem as especificidades socioculturais; projeto terapêutico individualizado que visasse a inclusão social e redução de riscos e danos; atenção de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; alinhamento às orientações dos espaços de controle social; entre outros (BRASIL, 2006).

No ano de 2009, foi instituído o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), com finalidades relacionadas à ampliação do acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS. Recomendava a diversificação das ações de saúde associadas ao consumo prejudicial de SPA e construção de “respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas”, considerando a vulnerabilidade e exclusão social das pessoas que consomem SPA. Neste plano, municípios que apresentavam rede assistencial frágil ou maior magnitude de problemas relacionados ao consumo de SPA foram elencados, sendo prevista uma intervenção preferencial sobre eles (BRASIL, 2009c).

O PEAD destacou a população de crianças, adolescentes e jovens como um segmento populacional prioritário, indicando a necessidade de ações específicas, justificando-as pelo uso cada vez mais precoce e das altas prevalências do consumo de SPA, além do seu impacto nas diversas áreas da vida. Considerou-se a necessidade do enfoque intersetorial, tendo em vista as orientações para o cuidado à saúde mental. Foi indicada a ampliação do acesso ao tratamento através da expansão dos CAPS, como forma de garantir a cobertura ambulatorial plena, e desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental na primeira infância (BRASIL, 2009c).

---

<sup>9</sup> O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) foi instituído pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 e regulamentado pelo Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006. Tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de pessoas que usam e/ou apresentam dependência de drogas, e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006).

Buscando potencializar as ações previstas no PEAD, em 2010 foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIED)<sup>10</sup>. Visava o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção do uso, tratamento, reinserção social dos usuários e enfrentamento do tráfico do “crack e outras drogas ilícitas”, fundamentando-se na integração e articulação permanente de diferentes setores, buscando alinhar-se com a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2009c; 2011c).

Destaca-se que esses planos foram instituídos num cenário de temor social relativo ao consumo de crack e escassez de ações comunitárias para o cuidado às pessoas que consumiam SPA. Realidade esta que dificultava o acolhimento das demandas relativas à saúde mental e ao consumo de SPA nos diversos serviços da rede e realização das ações previstas, com entraves constantes para a criação de leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais e implantação de unidades de acolhimento e pontos de arte, cultura e geração de renda. Neste período houve ainda a abertura para o financiamento das chamadas “comunidades terapêuticas”<sup>11</sup>, evidenciando as contradições entre as lógicas de cuidado (ANDRADE, 2011; BRASIL, 2002c; LIMA; TAVARES, 2012; TEIXEIRA ET AL., 2017).

Nesse contexto, no ano de 2010 foi criado o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas - CAPS AD III, destinado a atender de modo integral e contínuo pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, funcionando 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Sua implantação foi prevista em municípios ou regiões com população de 200 mil habitantes, podendo assim existir um CAPS ADIII Regional. Foram redefinidos no ano de 2012, passando a atender pessoas com “necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas” e expandindo o atendimento a crianças e adolescentes (BRASIL, 2010a; 2012b).

---

<sup>10</sup> O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIED) apresentou objetivos voltados ao cuidado dos usuários de SPA que contemplam a participação dos familiares e atenção ao que denomina “públicos vulneráveis” (crianças, adolescentes, população em situação de rua e etc.); estruturação, ampliação e fortalecimento das redes de atenção à saúde e assistência social com articulação das ações do SUS e SUAS; capacitação continuada dos envolvidos na prevenção, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico; promoção e ampliação da participação da comunidade, dentre outras (BRASIL, 2009c).

<sup>11</sup> No contexto brasileiro, as comunidades terapêuticas, conhecidas popularmente como “centro de recuperação”, referem-se a entidades vinculadas ao Ministério da Justiça, que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, sendo atualmente regulamentadas pela Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Através da Portaria nº131/2012, foi instituído seu apoio financeiro e passaram a ser entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial da RAPS (BRASIL, 2012c). São pautadas na lógica da abstinência do uso de SPA e afastamento do território (internações) por longos períodos. Ainda que possuam a mesma nomenclatura, diferenciam-se da modalidade assistencial surgida no século XX, na Inglaterra, que se baseava na noção de tratamento a partir de um processo de horizontalidade e democratização das relações (AMARANTE, 2007).

Com essa redefinição, ampliou-se a atenção ofertada pelos CAPS AD III, já que inicialmente suas ações eram voltadas para o atendimento das pessoas que já apresentavam um transtorno instalado, passando a atender mesmo aquelas em estágios iniciais do consumo e seus familiares. O destaque para o atendimento a crianças e adolescentes consistiu ainda no reforço à responsabilização por esta parcela da população, devendo ser garantidos aspectos como a garantia da prioridade e a atenção integral, conforme orientações do ECA.

Também em 2012, foram estabelecidas as Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (UA)<sup>12</sup>, como um componente da atenção residencial de caráter transitório da RAPS. Objetivava ofertar acolhimento e cuidado contínuo para pessoas com necessidades decorrentes do uso SPA e que apresentassem situação de vulnerabilidade social e familiar, demandando acompanhamento terapêutico e protetivo. Eram previstas duas modalidades de funcionamento das UA: Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos (BRASIL, 2012a).

As UA surgem como dispositivos estratégicos para o cuidado à população infantojuvenil com necessidades relacionadas ao uso de SPA, considerando que a oferta de acolhimento e construção de projeto terapêutico ocorreria a partir da articulação com CAPS de referência e serviços da ABS, possibilitando a efetivação da atenção nos serviços comunitários de saúde. Distingue-se ainda pela articulação contínua com os setores da Educação, Assistência Social e Justiça, trazendo ainda a possibilidade de atuação em contextos sociorrelacionais complexos, pois o funcionamento como residência transitória proporciona a mediação em processos de produção de autonomia, acesso e garantia de direitos.

Com as mudanças na conjunta política nacional, em 2017, foram instituídos os CAPS AD IV<sup>13</sup>, demarcando uma reaproximação da lógica biomédica e institucionalizante. Neste

---

<sup>12</sup> A Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), foi instituída pela Portaria MS/GM nº 121, de 25 de janeiro de 2012, sendo referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes. Recomenda-se a implantação de 1 (uma) UAI a cada 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas, podendo também seguir o critério de 1 (uma) UAI em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. Para este critério considera-se que 6% da população de 10 a 19 anos consome alguma SPA, sendo calculado a partir da multiplicação do número de habitantes entre 10 e 19 anos por 6, dividindo-se o resultado por 100 (BRASIL, 2012a).

<sup>13</sup> Conforme a Portaria nº 3.588/2017, os CAPS AD IV são serviços destinados ao atendimento de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, podendo ser criado em

dispositivo, modifica-se o funcionamento do CAPS AD, tornando-o similar ao hospitalar, havendo a recomposição das equipes mínimas, com aumento da presença de médicos psiquiatras, ampliação da equipe de enfermagem e organização do trabalho a partir de plantões, além da substituição da ação de acolhimento noturno<sup>14</sup> pela oferta de assistência a urgências e emergências psiquiátricas (BRASIL, 2017a).

Em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.840, que altera um conjunto de leis sobre drogas e evidencia que a retomada do modelo asilar se mostra em estágio ainda mais avançado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA. Nela, indica-se um cuidado fundamentado na abstinência, em detrimento a modelos baseados na análise do contexto e construção participativa do projeto de cuidado, negando a Redução de Riscos e Danos, reforçando a criminalização do uso de SPA, internações involuntárias e aumento progressivo do financiamento e das vagas em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019c).

Em relação à atenção a população infantojuvenil, seguindo a trajetória de fragilização das políticas de saúde mental para a população geral, no ano de 2020, regulamentou-se o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência SPA em comunidades terapêuticas, ainda que em conflito com o ECA, Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2020; CPF, 2020; CNS, 2020).

Constata-se ainda um movimento de vinculação entre o consumo de SPA e a institucionalização de crianças e adolescentes através da atuação da Justiça, retomando a lógica da tutela e institucionalização. Permanecem também a baixa cobertura e recusa de acolhimento àqueles com demandas relacionadas ao uso de SPA, concentração de serviços e profissionais de saúde mental nas capitais e municípios de grande porte, dificuldades no processo de regionalização e oferta de cuidado sendo realizada majoritariamente em espaços destinados a adultos, permanecendo o desafio do cumprimento das diretrizes para atenção psicossocial dessa população. (BRASIL, 2014c; LIMA; ALVES; CORREIA, 2014; GARCIA ET AL., 2015; VINCENTIN ET AL., 2015; LIMA ET AL., 2017; CONCEIÇÃO ET AL., 2018; MACEDO ET AL., 2018).

---

Municípios com população acima de 500.000 habitantes e capitais dos estados, com obrigatoriedade de funcionar junto a cenas abertas de uso de drogas e o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas (BRASIL, 2017a).

<sup>14</sup> A Portaria nº 854/2012 define acolhimento noturno como uma ação de “hospitalidade noturna” realizada em CAPS com funcionamento 24 horas, que faz parte do Projeto Terapêutico Singular de usuários já em acompanhamento, “que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. não deve exceder o máximo de 14 dias”. (BRASIL, 2012)

**Figura 3.** Síntese da legislação brasileira sobre drogas e políticas de saúde direcionadas a usuários de substâncias psicoativas.

ANO	ACONTECIMENTOS
1971	- Publicação de primeira lei brasileira específica sobre drogas (Lei nº 5.726).
1976	- Publicação de “Nova” Lei de Entorpecentes (Lei nº 6.368);
1980	- Criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (Decreto nº 85.110); - Estabelecimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN); - Desenvolvimento dos Primeiros Programas de Redução de Danos (PRD) no Brasil.
1998	- Transformação do COFEN no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD); - Criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).
2001	- Sancionamento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216); - Apresentação do “Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS” na III Conferência Nacional de Saúde Mental;
2002	- Sancionamento da Nova lei sobre drogas (Lei nº 10.409); - Instituição da Política Nacional Antidrogas (PNAD) (Decreto nº 4.345); - Estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Portaria nº 336); - Instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Portaria nº 816); - Publicação do Plano de expansão CAPS/NAPS por Região e Unidade da Federação (Portaria nº 626);
2003	- Aprovação do Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência 2003/2004; - Instituição do Grupo de Trabalho Interministerial para a construção de um Plano de Atenção Integral ao Usuário de Álcool; - Publicação da Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas.
2004	- Instituição do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Portaria nº 2.197).
2005	- Criação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD); - Regulamentação das ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (Portaria nº 1.028).
2006	- Instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (Lei nº 11.343);
2007	- Aprovação da Política Nacional sobre o Álcool.
2009	- Instituição do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - PEAD (Portaria nº 1.190).
2010	- Instituição do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIED) (Decreto nº 7.179); - Instituição dos Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas - CAPS AD III (Portaria nº 2.841).
2011	- Lançamento do “Programa Crack, é possível vencer”; - Instituição da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (Portaria nº 3.088);
2012	- Criação das Unidades de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - UA (Portaria nº 121); - Redefinição do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III (Portaria nº 130).

2015	- Regulamentação das Comunidades Terapêuticas (Resolução CONAD nº 01)
2016	- Inclusão das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (Portaria nº 1.482)
2017	- Estabelecimento de diretrizes para o funcionamento da RAPS (Resolução 32 da CIT/MS) - Criação dos CAPS AD IV (Portaria nº 3.588); - Inserção de Hospitais Psiquiátricos Especializados na RAPS (Portaria nº 3.588).
2018	- Transferência da assistência a usuários de álcool e outras drogas do MS para o Ministério do Desenvolvimento Social (Resolução nº1 do CONAD); - Publicação de edital que amplia o financiamento para comunidades terapêuticas (Edital nº 1 da SENAD) - Ampliação do financiamento para internações psiquiátricas de longa permanência (Portaria nº 2.434).
2019	- Aprovação da Nova Política Nacional sobre Drogas (Decreto nº 9.761); - Alterações no SISNAD, condições de atenção aos usuários de drogas e financiamento das políticas sobre drogas (Lei nº 13.840)
2020	- Regulamentação do Acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas (Resolução CONAD nº 03)

Fonte: Adaptado de Conceição (2016).

### **3 OBJETIVOS**

#### Objetivo Geral

Analisar os efeitos da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre as hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil, no período de 2006 a 2018.

#### Objetivos Específicos

- 1) Descrever e analisar as características e evolução das hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, segundo características sociodemográficas, nosológicas e da assistência ofertada, no período de 2006 a 2018.
- 2) Descrever e analisar as características e evolução da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, no período de 2006 e 2018;
- 3) Analisar a associação entre a cobertura por Centros de Atenção Psicossocial e as taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, entre 2006 e 2018.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DE ESTUDO

Foram realizados três estudos ecológicos, que adotaram como unidades de análise os municípios, unidades federativas e regiões geográficas brasileiras, no período de 2006 a 2018.

### 4.2 FONTE DE DADOS

Utilizou-se dados secundários de sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde, obtidos no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Os dados das hospitalizações foram coletados dos registros das Autorizações de Internação Hospitalar no SUS (AIH). Informações sobre os Centros de Atenção Psicossocial e estabelecimentos de saúde com registros de hospitalizações foram acessadas pelo sistema do CNES. Os dados demográficos e socioeconômicos utilizados foram disponibilizados pelo IBGE e IPEA.

A Autorização de Internação Hospitalar no SUS (AIH-SUS) é um documento de registro e envio de informações de atendimentos de pacientes internado em unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas). Estas informações são processadas no SIH/SUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formam uma base de dados que contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

O CNES disponibiliza informações relacionadas aos estabelecimentos, profissionais de saúde, fontes mantenedoras e cadastro de equipes dos estabelecimentos de saúde. É um instrumento de planejamento, controle e avaliação do SUS, abrangendo todos os estabelecimentos hospitalares vinculados ou não ao SUS, todos os estabelecimentos ambulatoriais que prestam serviços ao SUS e os estabelecimentos privados que realizam procedimentos de alta complexidade.

O período do estudo foi definido considerando a disponibilidade dos dados de interesse. O ano de 2006 foi definido como o início do período porque somente partir dele dados referentes à quantidade e distribuição dos CAPS estão disponíveis.

### 4.3 COLETA E SELEÇÃO DE DADOS

Para a análise das hospitalizações, dados das AIH foram extraídos e descompactados utilizando o programa Tabwin versão 4.1.3. A organização inicial foi realizada unificando os dados mensais por ano e unidade federativa. Em seguida foram observados os dados referentes à idade e verificados os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) registrados como causa do atendimento. Nesta etapa, foram excluídos os registros com indicação de idade menor que 10 e maior que 24 anos e aqueles que não representassem Transtornos Mentais e Comportamentais (diferente de F00 a F99). Observou-se também o tipo de estabelecimento, sendo destacados os códigos de registro no sistema CNES.

Os dados referentes aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelecimentos de ocorrência das hospitalizações foram acessados através do sítio eletrônico do CNES, na sessão *Relatórios*, sendo selecionada a opção *Habilitações*. Posteriormente, os dados foram organizados em planilhas, com utilização do software Microsoft Office Excel 2016, selecionando os estabelecimentos por subtipo e ano de habilitação, excluindo estabelecimentos habilitados após 2018.

Os códigos dos CAPS foram verificados e os estabelecimentos classificados conforme tipologia registrada no sistema CNES, sendo definidos como (BRASIL, 2011b):

- CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para municípios com população acima de 20 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas;
- CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, que pode ser estendido até as 21:00 horas;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. 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 com população acima de 200 mil habitantes;

- CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, podendo estender até as 21:00 horas;
- CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, podendo estender até as 21:00 horas.
- CAPS AD III: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. É um serviço com leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; devendo existir na proporção de um para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.

Para os estabelecimentos de ocorrência da hospitalização, também foram observadas as tipologias indicadas no CNES, sendo agrupados em (BRASIL, 2001b; 2004b; 2009b):

- Hospital geral: serviço hospitalar de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Hospital psiquiátrico: estabelecimento de saúde habilitado como de assistência psiquiátrica níveis I (número de leitos de psiquiatria até 160 leitos), II (número de leitos de psiquiatria entre 161 e 240 leitos), III (número de leitos de psiquiatria entre 241 e 400) e IV (número de leitos de psiquiatria acima de 400);
- Outros: centro de saúde/unidade básica de saúde, policlínica, unidade mista, pronto socorro geral, pronto socorro especializado, consultório isolado, clínica especializada/ambulatório especializado, hospital/dia isolado, Centro de Atenção Psicossocial e pronto atendimento.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis e indicadores utilizados nos estudos foram agrupadas de acordo com a natureza das suas informações e fonte de dados utilizadas (Figura 4). As estratégias metodológicas se adequaram aos objetivos propostos em cada estudo, sendo detalhadas nos artigos apresentados no capítulo de Resultados.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme princípios da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo utilizou informações de acesso público, que não permitem identificação dos indivíduos e/ou ocasionem danos, não exigindo, portanto, apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

**Figura 4. Variáveis e indicadores utilizados.**

<b>Variável/ Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fonte</b>
Sexo	Sexo da pessoa hospitalizada	SIH
Faixa etária	Faixa etária da pessoa hospitalizada	SIH
Raça/ cor	Raça/cor da pele da pessoa hospitalizada	SIH
Causa da hospitalização	Código de diagnóstico (CID10) registrado como causa da hospitalização	SIH
Tipo de estabelecimento	Tipo de estabelecimento onde ocorreu a hospitalização	SIH
Duração da hospitalização	Dias de permanência	SIH
Taxa de hospitalização por transtornos mentais e comportamentais (TMC)	Razão entre o número de hospitalizações de pessoas de 10 a 24 anos por TMC e a população residente nesta mesma faixa etária, no local e ano correspondente, vezes 100 mil	SIH/IBGE
Taxa de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA	Razão entre o número de hospitalizações de pessoas de 10 a 24 anos por transtornos por uso de SPA e a população residente nesta mesma faixa etária, no local e ano correspondente, vezes 100 mil	SIH/IBGE

Cobertura por CAPS (BRASIL, 2010b)	Razão entre o nº de CAPS I x 0,5 + nº CAPS II + nº CAPS III x 1,5 + nº de CAPS i + nº CAPS AD + nº de CAPS ADIII x 1,5 e a população total no local e ano correspondente, vezes 100 mil	CNES/ IBGE
Cobertura por ABS	Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional	CNES/ IBGE
Leitos Psiquiátricos SUS	Número de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos psiquiátricos, na quantidade disponibilizada para atendimento pelo SUS	CNES
População residente	População residente estimada no ano de referência	IBGE/ IPEA
Renda média per capita	Média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A renda per capita é calculada pela soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores.	IBGE/ IPEA
Índice de Gini	Valor do Índice de Gini da renda domiciliar per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede o grau de concentração da distribuição da renda domiciliar per capita, variando de zero (perfeita igualdade) a um (desigualdade máxima).	IBGE/ IPEA

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Medida do grau de desenvolvimento humano do município. É obtido pela média geométrica dos subíndices de longevidade, educação e renda.	IBGE/ IPEA
Taxa de analfabetismo	Percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE/ IPEA
Taxa de urbanização	Percentual de pessoas residentes em domicílios em situação urbana em relação ao total da população do município.	IBGE/ IPEA

## 5 RESULTADOS

### 5.1. ARTIGO 1. HOSPITALIZAÇÕES DE ADOLESCENTES E JOVENS POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL, 2006 A 2018.

#### RESUMO

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (SPA) estão entre as principais causas e fatores de risco para carga de doença e incapacidade mundialmente, com impacto crescente entre a população de 10 a 24 anos. Objetivou-se descrever o perfil das hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA, analisando a evolução das taxas de hospitalização no período de 2006 a 2018. Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal, que utilizou a análise de regressão segmentada para identificar possíveis pontos de inflexão da tendência e estimar suas variações percentuais. As hospitalizações por transtornos devidos ao uso SPA representaram 35,1% do total de hospitalizações por Transtornos Mentais e Comportamentais, com maior frequência de registros de indivíduos do sexo masculino (80,2%), pessoas entre 20 a 24 anos (61,5%) e raça/ cor da pele Branca (35,4%). Os transtornos devidos ao uso de múltiplas SPA foram a principal causa de hospitalização (60,3%) e a maioria ocorreu em Hospitais Psiquiátricos (64,1%). A taxa nacional de hospitalização foi de 32,2/100 mil habitantes, em 2006, e 34,0/100 mil habitantes, em 2018, com variação percentual anual média (AAPC) de 0,2% (IC95% -2,0; 2,5). Verificou-se redução anual média de 4,6% (IC95% -8,7; -0,4) nas taxas de hospitalização por uso de álcool e estabilidade para as demais SPA, aumento anual médio de 7,5% (IC95% 5,9;9,2) nas taxas de hospitalização em Hospitais Gerais e redução de 3,1% (IC95% -5,3; -0,7) em Hospitais Psiquiátricos. Para uma real modificação do cenário das hospitalizações e superação do modelo asilar, mostra-se primordial o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, acompanhados da expansão e fortalecimento dos serviços substitutivos, com implantação dos serviços de base comunitária da RAPS.

**DESCRITORES:** Adolescente. Transtornos por Uso de Substâncias. Hospitalização. Saúde Mental.

Os transtornos mentais e comportamentais são um relevante problema de saúde pública, figurando entre os principais contribuintes para anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*DALY - Disability Adjusted Life Years*), sendo responsáveis por mais de 14% dos anos vividos com incapacidade (*YLDs – Years Lived with Disability*) com prevalência mundial superior a 10% entre 1990 e 2017. <sup>1</sup>

A carga crescente dos transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas (SPA) na adolescência e juventude tem sido apontada com um grande desafio para o desenvolvimento sustentável, diante de respostas insuficientes dos sistemas públicos de saúde para o enfrentamento do problema, sendo necessário maior compromisso e recursos, além de intervenções mais efetivas em termos de prevenção, tratamento e cuidados, que considerem vulnerabilidades, fatores de risco e proteção para o desenvolvimento desses transtornos. <sup>2,3,4</sup>

O consumo de SPA pela população infantojuvenil se mostrou associado a desfechos negativos a curto, médio e longo prazo. Destacam-se as situações de intoxicação aguda e uso nocivo, por possuírem como efeitos redução de capacidades cognitivas, sensoperceptivas, afetivas e alterações do comportamento, elevando assim o risco de acidentes de trânsito, transtornos mentais, autoagressão, suicídio, abandono escolar e dependência. <sup>5</sup>

A compreensão desses efeitos deve extrapolar a dimensão individual, considerando que políticas governamentais e fatores socioculturais influenciam os riscos e danos relacionados ao uso dessas substâncias, afetando desde a possibilidade de experimentação de SPA até a chances de êxitos futuros por aquelas pessoas que já apresentam problemas relacionados ao uso, a exemplo de tratamentos fundamentados no afastamento social ou processos judiciais, que dificultam o desenvolvimento de estratégias de reinserção e reabilitação social. <sup>5</sup>

No Brasil, ocorreram importantes modificações na assistência em saúde para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPA a partir dos anos 2000. Com a *Lei da Reforma Psiquiátrica* (Lei nº 10.216/2001) e a instituição da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção em saúde mental passou a priorizar a oferta de cuidado em dispositivos de base comunitária e que visassem a reinserção social do indivíduo, articulando-se numa rede de serviços que substituíssem a atenção restrita aos espaços hospitalares e asilares. <sup>6,7</sup>

Buscou-se superar o cuidado fundamentado na exclusão social, representado principalmente por hospitalizações em instituições psiquiátricas, recomendando-se a

reestruturação da assistência. Indicou-se redução gradual e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos, estabelecimento de leitos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e substituição dos leitos psiquiátricos por leitos de atenção integral em hospitais gerais, com expansão do cuidado através de pontos de atenção, atualmente organizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, almejava-se tanto a redução das taxas de hospitalização, quanto a mudança nos tipos de estabelecimento e oferta de cuidado.<sup>8</sup>

Todavia, o cuidado a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPA ainda é um ponto crítico na atenção psicossocial. Observa-se a permanência de práticas fundamentadas na perspectiva de risco e periculosidade dessas pessoas, retomando-se o discurso que aponta afastamento do convívio social e internações como único caminho para o tratamento. Considerando este cuidado para a população infantojuvenil, o cenário se torna ainda mais complexo, com a manutenção da internação em hospitais psiquiátricos e outras instituições asilares sob a justificativa da proteção, revelando uma contradição entre as práticas adotadas e o modelo assistencial psicossocial.<sup>9,10</sup>

Verificou-se uma escassez de estudos sobre a atenção em saúde mental ofertada à população infantojuvenil, em especial à parcela que apresenta transtornos devidos ao uso de SPA. Os estudos nacionais, tradicionalmente, analisam a assistência ofertada em Centros de Atenção Psicossocial ou a caracterização das internações em instituições específicas, não sendo identificadas publicações de abrangência nacional que analisem as prováveis mudanças na evolução e características das hospitalizações decorrentes de transtornos mentais previstas pela Política Nacional de Saúde Mental.<sup>9,10,11,12</sup>

Deste modo, este estudo objetivou descrever o perfil das hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, segundo características sociodemográficas, nosológicas e da assistência ofertada, analisando a evolução das taxas de nacionais e regionais, no período de 2006 a 2018.

## **MÉTODOS**

Estudo ecológico de tendência temporal das hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, entre 2006 a 2018, tendo como unidades de análise o Brasil, e regiões e unidades federadas.

Utilizou-se dados secundários obtidos nos registros da Autorização de Internação Hospitalar no SUS (AIH-SUS), sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde (CNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus) (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>).

A AIH é um documento de registro e envio de informações de atendimentos de pacientes internado em unidades hospitalares públicas, particulares conveniadas, participantes do SUS. Estas informações são processadas no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formam uma base que contém grande parte dos dados de internações hospitalares realizadas no Brasil.

Os dados das AIH foram extraídos e descompactados utilizando o programa Tabwin versão 4.15, e posteriormente organizados, de acordo com UF e ano, no Microsoft Office Excel 2016. Em seguida, observou-se os dados referentes à idade do usuário e causa da hospitalização, verificando-se os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a à Saúde – 10a revisão (CID-10) registrados como diagnóstico principal.

O sistema CNES disponibiliza informações relacionadas aos estabelecimentos, profissionais, fontes mantenedoras e cadastro de equipes dos estabelecimentos de saúde, abrangendo todos os estabelecimentos hospitalares vinculados ou não ao SUS. Os códigos dos estabelecimentos registrados nas AIH foram coletados e tiveram seu cadastro e classificação verificados nesse sistema, sendo observados estabelecimentos registrados como: Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Policlínica, Unidade Mista, Pronto Socorro Geral ou Especializado, Consultório Isolado, Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Hospital/Dia Isolado, Centro de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento.

Para descrição das características demográficas, foram definidas como variáveis: sexo (masculino; feminino), faixa etária (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 24 anos) e raça/cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena; não informada). Notou-se que esta variável só foi incluída nas AIH a partir do ano de 2008, portanto os anos 2006 e 2007 não apresentavam dados sobre ela. Para caracterização nosológica utilizou-se a variável “Causa da hospitalização”, sendo categorizada a partir dos códigos da CID - 10. As características da assistência foram definidas pelas variáveis: Tipo de Estabelecimento (Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Outros) e Duração da hospitalização (Até 7 dias; 8 a 15 dias; 16 a 30 dias; acima de 30 dias).

Inicialmente, foram incluídas todos as AIH disponíveis no sistema (período de 1998 a 2018) que indicavam Transtornos Mentais e Comportamentais (códigos F00 - F99) como causa da hospitalização. Observou-se que somente a partir de agosto de 2005 haviam informações detalhadas dos estabelecimentos no sistema CNES, tornando-se este o critério para definir 2006 como ano de início da análise. Nesta etapa, foram encontrados 6.786.381 registros. Posteriormente, foram excluídos os registros fora do grupo etário de 10 a 24 anos, permanecendo 749.516 para a análise final.

As frequências relativas e absolutas das hospitalizações foram analisadas segundo características demográficas, nosológicas e assistenciais, estimando-se a variação percentual ( $\Delta\%$ ) dos valores de início ( $V_i$ ) e final do período ( $V_f$ ), calculada através da fórmula:  $\Delta\% = (V_f - V_i / V_i) \times 100$ .

As taxas de hospitalização foram estimadas adotando-se como numerador o número de hospitalizações de pessoas de 10 a 24 anos e como denominador a população residente nesta mesma faixa etária, no local e ano correspondente, vezes 100 mil. O software Stata versão 14 foi utilizado para construção do banco, análise descritiva e cálculo das taxas.

Realizou-se análise de tendência temporal para o Brasil, regiões geográficas e unidades federativas, sendo consideradas como variável dependente a taxa de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA e variável independente o ano. Foram aplicados os testes de Shapiro-Wilk e White para normalidade e homocedasticidade, respectivamente. As análises foram realizadas no *Joinpoint Regression Program* versão 4.8.0.1, utilizando-se o modelo de regressão segmentada, a fim de identificar possíveis pontos de inflexão da tendência e estimar suas variações percentuais (*Annual Percent Change, APC*, e *Average Annual Percent Change, AAPC*). Os coeficientes de regressão foram estimados pelo método de mínimos quadrados ponderados e o erro padrão calculado para cada ano. Utilizou-se o método de Monte Carlo para seleção do modelo e testes de significância, adotando-se intervalo de confiança de 95%.<sup>13, 14</sup>

Os resultados das análises de tendências e variações percentuais foram interpretados conforme significância estatística, sendo classificados em: aumento, APC/AAPC positivas e estatisticamente significantes (valor  $p < 0,05$ ); redução, APC/AAPC negativas e estatisticamente significantes (valor  $p < 0,05$ ); ou estabilidade, tendência sem significância estatística.

Conforme princípios da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo utilizou informações de acesso público, que não permitem identificação dos indivíduos e/ou ocasionem danos, não exigindo, portanto, apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## **RESULTADOS**

Foram registradas 263.300 hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA) no Brasil, entre 2006 a 2018, representando 35,1% do total de hospitalizações por transtornos mentais e comportamentais do período.

A maioria das hospitalizações foi de indivíduos do sexo masculino (80,2%), pessoas entre 20 e 24 anos (61,5%) e raça/ cor da pele Branca (35,4,0%). Os transtornos devidos ao uso de múltiplas substâncias psicoativas foram a principal causa, alcançando 60,3% das hospitalizações. Como segunda causa, os transtornos devidos ao uso de cocaína (19,9%), seguidos do uso de álcool (12,8%). Os Hospitais Psiquiátricos se mantiveram como principais estabelecimentos, reportando 64,1% de todas as hospitalizações do período. Hospitalizações com duração de até 7 dias e entre 16 e 30 dias representaram 33,0% e 32,8%, respectivamente (Tabela 1).

Observou-se um aumento de 44,5% da ocorrência de hospitalizações entre o sexo feminino e de 46,4% entre pessoas de 10 a 14 anos. Houve redução de 28,5% nas hospitalizações por transtornos por uso de álcool, enquanto aquelas por uso de múltiplas substâncias psicoativas e por cocaína aumentaram 23,5% e 19,5%, nesta ordem. Os Hospitais Gerais exibiram um aumento de 119,5%, enquanto os psiquiátricos, redução de 7,1%. As hospitalizações com duração superior a 30 dias foram as únicas a apresentar redução, com valor de 3,9% (Tabela 1).

A taxa de hospitalização nacional foi de 32,1/100 mil habitantes de 10 a 24 anos, em 2006, e 34,0/100 mil habitantes, em 2018, com variação percentual anual média (AAPC) de 0,2% (IC95% -2,0; 2,5). A análise por região geográfica indicou aumento anual médio nas taxas nas regiões Norte (AAPC= 7,7; IC95% 2,2;13,4) e Sul (AAPC= 3,8; IC95%: 1,00; 6,7). As demais regiões demonstraram estabilidade na tendência, sem significância estatística na variação (Tabela 2).

Foram identificados pontos de inflexão nas tendências nacional e regionais, em diferentes períodos. Nacionalmente, iniciou-se com tendência ascendente, no período de

2006 a 2012 (APC= 8,2; IC95% 6,5; 10,1), descendente entre 2012 e 2015 (APC= -16,8; IC95% -24,6; -8,1), seguida por estabilidade nas taxas entre 2015 e 2018 (APC= 3,4; IC95% -2,3; 9,5). Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, identificou-se tendência inicial de aumento nas taxas de hospitalização, seguida por tendência de redução (Figura 1).

Examinando as unidades federativas (UF), em 2006, as maiores taxas foram observadas na região Sul, com Paraná apresentando 104,6 hospitalizações por 100 mil habitantes e Santa Catarina 55,2/100 mil habitantes. Em 2018, a região manteve as taxas elevadas, com Rio Grande do Sul atingindo 156,4/ 100 mil habitantes e Paraná 106,8/100 mil habitantes. As menores taxas foram observadas na região Norte, com taxa de 0,4 hospitalizações por 100 mil habitantes em Roraima em 2006, Rondônia 1,1/ 100 mil habitantes e Amapá 1,5/ 100 mil habitantes, nesse mesmo ano. Em 2018, o Amapá manteve a menor taxa nacional, 1,6/100 mil habitantes, seguido por Roraima, 3,1/100 mil habitantes (Tabela 3).

A análise de regressão segmentada indicou tendência de aumento nas taxas em Maranhão, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, entre os anos de 2006 e 2018, enquanto Alagoas, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Goiás exibiram redução, com as demais UF não apresentando variação percentual anual média com significância estatística, mantendo estabilidade nas tendências. Os estados de Roraima, Pará, Amapá, Maranhão, Piauí, Alagoas e Rio de Janeiro não apresentaram pontos de inflexão (Tabela 3).

A análise da tendência segundo grupos de causas indicou redução anual média de 4,6% (IC95% -8,7; -0,4) nas hospitalizações por uso de álcool, enquanto as demais apresentaram estabilidade. Em relação ao tipo de estabelecimento, observou-se um aumento anual médio de 7,5% (IC95% 5,9;9,2) nas hospitalizações em Hospitais Gerais e redução de 3,1% (IC95% -5,3; -0,7) em Hospitais Psiquiátricos (Tabela 4).

## **DISCUSSÃO**

Os Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas representaram mais de um terço do total das hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtorno Mentais e Comportamentais (TMC), demonstrando sua relevância para a saúde mental desta população.

Estes achados se mostraram consonantes com o cenário mundial. Na Argentina, os transtornos por uso de SPA estiveram entre as principais causas de hospitalizações por TMC em 2005 e 2006, exibindo características similares às observadas, com predomínio

do sexo masculino e expressiva contribuição dos transtornos devidos ao uso de álcool (F10) e múltiplas substâncias (F19).<sup>15</sup>

Estudos europeus identificaram um aumento na frequência de diagnóstico e hospitalizações por transtornos por uso de SPA na Alemanha e Espanha. Os transtornos devidos ao uso de álcool foram apontados como principal motivo para tratamento hospitalar de crianças e adolescentes, e o uso de cannabis se destacou na busca de atendimento ambulatorial por alemães, a partir de 2002. Na Espanha, entre os anos de 2005 e 2015, verificou-se crescimento anual de 6,8% das taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA, embora sem significância estatística<sup>16,17</sup>

O Brasil se diferencia pelas hospitalizações por uso de cocaína (F14), que pode decorrer do aumento da visibilidade do consumo e consumidores de cocaína fumada (*crack*). O pânico moral, ênfase nos riscos e prejuízos sociais, e percepção de descontrole por parte do Estado levaram à instituição de políticas que enfatizaram o combate ao uso desta SPA, como o “Plano Crack, é Possível Vencer”, em 2011. Iniciativa marcada pela contradição entre as políticas de saúde e de segurança, com incremento no investimento em serviços de base territorial e estímulo às internações de usuários dessa SPA.<sup>18,19</sup>

O predomínio dos registros de raça/cor da pele Branca pode resultar da maior quantidade de registros advindos das regiões Sul e Sudeste, podendo refletir suas composições populacionais. Os achados referentes a essa variável, mostraram-se concordantes com os resultados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua (PNAD – C), com maioria de residentes autodeclarados Pardos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e Brancos em Sudeste e Sul.<sup>20</sup>

Os Hospitais Psiquiátricos permaneceram como o principal local de atendimento àqueles que necessitem de atenção hospitalar, ainda que sua contribuição percentual apresente redução entre os anos de 2006 e 2018. Quando verificada sua participação segundo região geográfica, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste mostraram situações críticas, podendo exprimir fragilidades na implantação da Política em suas unidades federativas.

Segundo último relatório publicado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, até dezembro de 2014 havia grande variação na distribuição dos leitos hospitalares entre as regiões, com uma média nacional de 0,129 leitos SUS em hospitais psiquiátricos para cada 1000 habitantes. Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná se destacavam por apresentar um percentual de leitos acima da média nacional,

enquanto a região Norte apresentava o menor número de leitos psiquiátricos. Resultados condizentes que os identificados no presente trabalho. <sup>21</sup>

A continuidade das hospitalizações psiquiátricas pode refletir o número insuficiente de leitos de atenção em saúde mental implantados em hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial 24 horas. Ressalta-se que o atendimento hospitalar integrado à RAPS tem sido apontado como um dos pontos críticos da Reforma Psiquiátrica, com barreiras que vão desde a inadequação da estrutura física dos hospitais, diante do que é recomendado pela legislação, ao preconceito e estigmas em relação às pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. <sup>22</sup>

A estabilidade da tendência das taxas de hospitalização de jovens e adolescentes destoou de estimativas anteriores para a população geral. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009, a taxa de hospitalização por uso de substâncias psicoativas na população geral, passou de 83,1/ 100 mil habitantes, em 2001, para 73,2/ 100 mil habitantes, em 2007, sendo apontado pelos autores que a redução das taxas seria um possível efeito da política de saúde mental recém instituída que previa a construção de uma atenção extra-hospitalar. <sup>23</sup>

Cabe destacar que as determinações das políticas de saúde e sobre drogas de cada país ou região impactam no tipo cuidado ofertado, podendo estimular ou evitar a ocorrência de hospitalizações. Deste modo, as ações previstas podem incluir desde hospitalizações/ internações compulsórias ao fortalecimento do suporte psicossocial nas comunidades. <sup>24</sup>

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas instituída em 2001 indicava uma assistência baseada em serviços comunitários de saúde mental e redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, sendo esperadas redução das taxas e mudança no perfil da assistência ofertada. Contudo, a partir de 2015, modificações na coordenação do Ministério da Saúde e no cenário político brasileiro deram início a um período de instabilidade na consolidação da Política. <sup>25</sup>

Recentemente foram realizadas alterações na legislação da assistência em saúde mental, inserindo pontos de atenção e componentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que conflitam com a lógica de cuidado prevista, sendo incluídos ambulatorios, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. As práticas excludentes e institucionalizantes na assistência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas tem crescido, com retomada das internações involuntárias,

aumento progressivo do financiamento e expansão das vagas em comunidades terapêuticas de cunho religioso.<sup>26,27</sup>

Os resultados descritos neste trabalho permitem conhecer as características e tendências das hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil. Identificou-se a manutenção do perfil demográfico e discreta alteração nas características nosológica e assistencial, com estabilidade das tendências nacional e regionais.

Para uma real modificação do cenário das hospitalizações e superação do modelo assistencial hospitalar, mostra-se primordial o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, acompanhados da expansão e fortalecimento dos serviços substitutivos, com implantação dos serviços de base comunitária da RAPS. Contudo, nos últimos anos são observados esforços em sentido oposto, o que pode levar a um aumento nas taxas de hospitalizações.

Este estudo apresenta como principais limitações a impossibilidade de inferência dos achados para o nível individual, pois as análises foram realizadas em nível agregado, e, por se tratarem de dados secundários, não ser possível maior detalhamento e controle dos procedimentos de coleta, impossibilitando a realização de outras análises.

Os dados obtidos se referem apenas a hospitalizações vinculadas ao Sistema Único de Saúde, não abrangendo dados da saúde suplementar. Optou-se pela não utilização do termo “internações” por se referir também a procedimentos realizados em estabelecimentos que não compõem o SUS e não foram incluídos nesse estudo, tais como comunidades terapêuticas e dispositivos da rede de assistência social.

Buscou-se contribuir com a produção de conhecimento e planejamento de ações voltadas à saúde mental infantojuvenil, especialmente a parcela com necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. Recomenda-se a realização de estudos individuados e/ou que analisem as hospitalizações por demais transtornos mentais e comportamentais na população infantojuvenil, assim como possíveis impactos da implantação dos serviços da RAPS, possibilitando a compreensão do cenário global.

## **REFERÊNCIAS**

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic

- analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. (2019). [published correction appears in *Lancet.*, Jun 22;393(10190):e44]. *Lancet.* 2018;392(10159):1789–1858. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30496104>>.
2. GBD 2017 Child and Adolescent Health Collaborators. REINER, R.C. ET AL. Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study. (2019). *JAMA Pediatrics*, 173(6):e190337. Disponível em <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2732143>>.
  3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2019 United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8. Disponível em <[https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_1\\_EXECUTIVE\\_SUMMARY.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf)>.
  4. BONADIMAN, C.S. C. ET AL. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. (2017). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [online], vol.20, suppl.1, pp.191-204. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500191&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500191&script=sci_abstract&tlng=pt)>.
  5. HALL, W.D; PATTON, G.; STOCKINGS, E.; WEIER, M.; LYNSKEY, M.; MORLEY, K. I; DEGENHARDT, L. Why young people's substance use matters for global health. (2016). *The Lancet Psychiatry*, Vol. 3, No. 3, 03, p. 265–279. Disponível em <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)00013-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)00013-4.pdf)>.
  6. BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)>.
  7. BRASIL. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>.
  8. BRASIL. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm)>

9. BRAGA C.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):33-44. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/33-44/pt>>.
10. VINCENTIN, M.C.G; BLIKSTEIN, F. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um analisador da reforma em saúde mental. In: SURJUS, L.T.L.S; MOYSÉS, M.A.A. *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. (2019). Santos: Unifesp/Abrasme. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/1dI0qUGf583yvZTXYLngsOeqGSo1vLT56/view>>
11. CONCEICAO, DS; ANDREOLI, SB; ESPERIDIÃO, MA; SANTOS, DN. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. (2018) *Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília*, v. 27, n. 2, e2017206. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso)>
12. CEBALLOS, G. Y. ET AL. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. (2019). *Brazilian Journal of Psychiatry, São Paulo*, v. 41, n. 2, p. 138-147. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462019000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000200007)>.
13. KIM, HJ; FAY, MP; FEUER, EJ; MIDTHUNE, DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. (2000). *Statistics in Medicine*; 19:335-351: (correction: 2001; 20:655). Disponível em <<https://europepmc.org/article/med/10649300> >.
14. Joinpoint Regression Program, Version 4.8.0.1 - April 2020; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
15. BELLA, M., VILLACÉ, B., LOPEZ DE NEIRA, M., ACOSTA, L. D., LUCCHEESE, M. S., BURRONE, M. S., GALLO, V., FERNÁNDEZ, R., & ENDERS, J. E. Hospitalización por trastornos mentales y consumo de sustancias en adolescentes argentinos. 2005-2006. (2012). *Revista De Salud Pública*, 16(2), 36-45. Disponível em <<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6941> >.

16. THOMASIU, R.; ARNAUD, N; HOLTMANN, M; KIEFER, F. Substanzbezogene Störungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter/ Substance-related disorders in adolescence and young adulthood. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. (2020). Disponível em <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1422-4917/a000725>.
17. LLANES-ÁLVAREZ, C., ANDRÉS-DE LLANO, J. M., ÁLVAREZ-NAVARES, A. I., PASTOR-HIDALGO, M. T., RONCERO, C., & FRANCO-MARTÍN, M. A. Trends in Psychiatric Hospitalization of Children and Adolescents in Spain between 2005 and 2015. (2019). *Journal of clinical medicine*, 8(12), 2111. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947568/>.
18. MATTOS, MJS. Crack e políticas públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, é possível vencer”. (2017). *Planejamento e Políticas Públicas*; 49:195-230. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/683/449> >.
19. TEIXEIRA, MB ET AL. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. (2017). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 22, n. 5, pp. 1455-1466. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores: 2018. (2019).
21. . Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12. (2015). Brasília. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. 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).
22. PAES, MR ET AL. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciência, cuidado & saúde*, v. 12, n. 2, p. 407-412, jun. 2013. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612013000200026&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000200026&lng=pt&nrm=iso).
23. BRASIL. Relatório brasileiro sobre drogas. (2009). IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira

- Barroso. – Brasília: SENAD. Disponível em <<https://obid.senad.gov.br/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacao-geral/rdb-2009-pt.pdf>>.
24. MEHROLHASSANI, M. H.; YAZDI-FEYZABADI, V.; HAJEBI, A.; MIRZAEI, S. (2019). Cross-country Comparison of Treatment Policies Facing the Drug Abuse in Five Selected Countries. *Addiction & health*, 11(2), 81–92. Disponível em <<https://doi.org/10.22122/ahj.v11i2.233>>.
25. ONOCKO-CAMPOS, R T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso)>.
26. BRASIL. Portaria nº 3.588,21 de dezembro de 2017a. 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. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>.
27. BRASIL. Lei nº13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis n os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>>.

**Tabela 1.** Características demográficas, nosológicas e assistenciais das hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, período de 2006 a 2018. (continua)

	Ano										Δ%
	2006-2008		2009-2011		2012-2014		2015-2018		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>											
Masculino	47772	83,8	58758	80,0	53658	78,3	50893	79,2	211.081	80,2	6,5
Feminino	9263	16,2	14711	20,0	14856	21,7	13389	20,8	52.219	19,8	44,5
<b>Faixa etária</b>											
10 a 14 anos	2037	3,6	3651	5,0	3625	5,3	2983	4,6	12.296	4,7	46,4
15 a 19 anos	17326	30,4	25310	34,4	24089	35,2	22215	34,	88.940	33,8	28,2
20 a 24 anos	37672	66,0	44508	60,6	40800	59,5	39084	60,8	162.064	61,5	3,7
<b>Raça/cor<sup>a</sup></b>											
Branca	8845	15,5	30189	41,1	27985	40,9	26235	40,8	93.254	35,4	196,6
Preta	1090	1,9	4420	6,0	4585	6,7	3666	5,7	13.761	5,2	236,3
Parda	4860	8,5	17233	23,5	16819	24,5	17942	27,9	56.854	21,6	269,2
Amarela	66	0,1	160	0,2	228	0,3	626	1,0	1.080	0,4	848,5
Indígena	24	0,0	87	0,1	17	0,0	34	0,1	162	0,1	41,7
Não identificada	42150	73,9	21380	29,1	18880	27,6	15779	24,6	98189	37,3	-62,6

**Tabela 1.** Características demográficas, nosológicas e assistenciais das hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, período de 2006 a 2018. (continua)

	Ano										Δ%
	2006-2008		2009-2011		2012-2014		2015-2018		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Causa<sup>b</sup></b>											
Múltiplas SPA (F19)	34151	59,9	42155	57,4	40172	58,6	42182	65,6	158660	60,3	23,5
Cocaína (F14)	7900	13,9	17623	24,0	17436	25,5	9437	14,7	52396	19,9	19,5
Álcool (F10)	10131	17,8	9289	12,6	7020	10,3	7239	11,3	33679	12,8	-28,5
Canabinóides (F12)	1871	3,3	1400	1,9	1459	2,1	2740	4,3	7470	2,8	46,4
Opiáceos (F11)	1511	2,6	1562	2,1	1189	1,7	1050	1,6	5312	2,0	-30,5
Sedativos (F13)	463	0,8	348	0,5	403	0,6	658	1,0	1872	0,7	42,1
Alucinógenos (F16)	393	0,7	444	0,6	290	0,4	387	0,6	1514	0,6	-1,5
Solventes (F18)	304	0,5	206	0,3	222	0,3	213	0,3	945	0,4	-29,9
Estimulantes (F15)	199	0,3	233	0,3	193	0,3	262	0,4	887	0,3	31,7
Tabaco (F17)	112	0,2	209	0,3	130	0,2	114	0,2	565	0,2	1,8

**Tabela 1.** Características demográficas, nosológicas e assistenciais das hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, período de 2006 a 2018. **(conclusão)**

	Ano										Δ%
	2006-2008		2009-2011		2012-2014		2015-2018		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Estabelecimento<sup>c</sup></b>											
Hosp. Geral	13671	24,0	23598	32,1	24524	35,8	29991	46,6	91784	34,9	119,4
Hosp. Psiquiátrico	42551	74,6	49311	67,1	43433	63,4	33536	52,2	168831	64,1	-21,2
Outros	813	1,4	560	0,8	557	0,8	755	1,2	2685	1,0	-7,1
<b>Duração</b>											
Até 7 dias	18776	32,9	23179	31,5	22091	32,3	22384	34,8	86430	32,8	19,2
8 a 15 dias	13107	23,0	17022	23,2	15024	21,9	13621	21,2	58774	22,3	3,9
16 a 30 dias	18041	31,6	24180	32,9	23300	34,0	21446	33,4	86967	33,0	18,9
Acima de 30 dias	7111	12,5	9088	12,4	8099	11,8	6831	10,6	31129	11,8	-3,9
<b>TOTAL</b>	<b>57035</b>	<b>100</b>	<b>73469</b>	<b>100</b>	<b>68514</b>	<b>100</b>	<b>64282</b>	<b>100</b>	<b>263.300</b>	<b>100</b>	<b>12,7</b>

<sup>a</sup> A variável Raça/cor dos indivíduos hospitalizados só foi incluída nas AIH a partir do ano de 2008, resultando um total de 227.461 registros com esta informação.

<sup>b</sup> Causas: F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. <sup>c</sup> A categoria “Outros” inclui registros dos seguintes tipos de estabelecimentos: Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde. Policlínica. Unidade Mista. Pronto Socorro Geral. Pronto Socorro Especializado. Consultório Isolado. Clínica Especializada/Ambulatório Especializado. Hospital/Dia Isolado. Centro de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento.

**Tabela 2.** Taxa de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, período de 2006 a 2018, segundo região geográfica (por 100.000 habitantes).

Ano	Região					Brasil
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro – Oeste	
2006	2,9	20,3	31,6	74,2	41,1	32,1
2007	3,3	23,6	33,9	86,3	45,7	36,0
2008	3,3	27,9	38,0	93,7	52,7	40,4
2009	3,0	24,6	38,2	111,3	54,8	41,9
2010	4,6	26,5	42,7	141,2	56,7	48,6
2011	5,1	23,1	49,9	142,8	56,4	50,6
2012	5,7	23,7	50,7	139,3	59,5	50,8
2013	4,6	21,8	44,4	124,0	44,9	44,4
2014	8,2	21,3	37,7	108,1	30,6	38,8
2015	7,8	20,2	27,5	89,9	24,4	31,4
2016	7,3	20,9	25,3	87,0	20,9	30,0
2017	7,0	22,5	25,9	103,7	25,7	33,2
2018	6,5	21,5	28,3	113,4	25,2	35,0
<b>AAPC (IC95%)</b>	7,7 (2,2;13,4)	0,7 (-2,5; 4,0)	-0,9 (-4,4; 2,8)	3,8 (1,0; 6,7)	-4,6 (-9,9; 1,1)	0,2 (-2,0; 2,5)
<b>Tendência</b>	Aumento	Estabilidade	Estabilidade	Aumento	Estabilidade	Estabilidade

AAPC: Average Annual Percent Change. Fonte: Autorização de Internação Hospitalar (AIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

**Tabela 3.** Tendências das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica e unidade federativa. (continua)

Região/UF	Tendências estimadas								
	Taxa bruta		Segmento 1		Segmento 2		Segmento 3		2006-2018
	2006	2018	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	AAPC <sup>b</sup> (IC95%)
<b>Brasil</b>	<b>32,1</b>	<b>35,0</b>	<b>2006-2012</b>	<b>8,2* (6,5; 10,1)</b>	<b>2012-2015</b>	<b>-16,8*(-24,6;-8,1)</b>	<b>2015-2018</b>	<b>3,4 (-2,3; 9,5)</b>	<b>0,2 (-2,0; 2,5)</b>
<b>Norte</b>	<b>2,9</b>	<b>6,5</b>	<b>2006-2015</b>	<b>12,8* (7,7; 18,1)</b>	<b>2015-2018</b>	<b>-6,3(-23,3;14,5)</b>	-	-	<b>7,7* (2,2;13,4)</b>
Rondônia	1,1	8,8	2006-2013	31,6*(14,3;51,5)	2013-2018	4,8 (-7,4;18,6)	-	-	19,7(10,2;30,0)
Acre	12,7	31,8	2006-2011	-11,5(-39,5;29,6)	2011-2014	106,3(-64,8;1107,1)	2014-2018	-22,5*(-39,7;-0,3)	4,7 (-27,2;50,5)
Amazonas	8,4	14,2	2006-2016	13,1*(7,8; 18,7)	2016-2018	-25,0(-55,7; 27,2)	-	-	5,6 (-2,7; 14,7)
Roraima	0,4	3,1	2006-2018	7,9 (-9,6; 28,9)	-	-	-	-	7,9 (-9,6;28,9)
Pará	2,2	5,0	2006-2018	4,9 (- 0,6; 10,8)	-	-	-	-	4,9 (- 0,6; 10,8)
Amapá	1,5	1,6	2006-2018	0,8 (-6,0; 8,2)	-	-	-	-	0,8 (-6,0; 8,2)
Tocantins	8,2	11,5	2006-2012	19,7* (0,5; 42,6)	2012-2018	-9,2 (-23,7; 8,2)	-	-	4,3 (-6,1; 15,8)
<b>Nordeste</b>	<b>20,3</b>	<b>21,5</b>	<b>2006-2008</b>	<b>15,8(-3,3; 38,7)</b>	<b>2008-2015</b>	<b>-4,1*(-6,9; -1,1)</b>	<b>2015-2018</b>	<b>2,8 (-6,5; 13,1)</b>	<b>0,7 (-2,5; 4,0)</b>
Maranhão	25,5	39,2	2006-2018	4,4* (1,4; 7,6)	-	-	-	-	4,4* (1,4; 7,6)
Piauí	17,7	19,5	2006-2018	-1,2 (-5,0; 2,6)	-	-	-	-	-1,2 (-5,0; 2,6)
Ceará	29,7	20,9	2006-2008	25,8 (-1,5;60,7)	2008-2011	-20,2 (-38,0;2,7)	2011-2018	-1,5 (-5,3; 2,6)	2,6 (-8,3; 3,4)
Rio Grande do Norte	27,0	16,7	2006-2008	24,3 (-23,2; 101,2)	2008-2018	-10,7*(-14,3;-6,7)	-	-	-5,6 (-12,4; 1,7)
Paraíba	35,8	45,1	2006-2012	14,8* (6,9; 23,4)	2012-2015	-20,2(-46,9;19,9)	2015-2018	8,9(-13,7;37,3)	3,5 (-5,7; 13,6)
Pernambuco	10,4	18,3	2006-2010	12,0 (-1,2;26,9)	2010-2015	-8,2 (-15,9; 0,2)	2015-2018	33,7(-6,8;91,9)	4,4 (-2,2; 11,4)
Alagoas	44,8	39,9	2006-2018	-2,6* (-4,5; -0,6)	-	-	-	-	-2,6* (-4,5; -0,6)
Sergipe	26,5	15,5	2006-2010	18,0 (-4,1; 45,1)	2010-2018	-10,0*(-16,4;-3,1)	-	-	-1,5 (-8,4; 5,9)
Bahia	6,8	5,6	2006-2008	14,7 (-4,1; 37,0)	2008-2018	-5,6*(-7,1; -4,2)	-	-	-2,5 (-5,2; 0,2)
<b>Sudeste</b>	<b>31,6</b>	<b>28,3</b>	<b>2006-2012</b>	<b>9,0* (6,0; 12,0)</b>	<b>2012-2016</b>	<b>-17,0*(-24,1; -9,3)</b>	<b>2016-2018</b>	<b>6,6(-13,2;30,8)</b>	<b>-0,9 (-4,4; 2,8)</b>
Minas Gerais	16,0	12,8	2006-2011	15,2* (4,4; 27,1)	2011-2018	-15,2*(-20,5; -9,6)	-	-	-3,7 (-8,1; 1,0)
Espírito Santo	43,8	18,1	2006-2012	2,3 (-6,1; 11,3)	2012-2016	-36,0*(-56,2;-6,5)	2016-2018	36,0(-52,4;288,1)	-8,3 (-22,4; 8,5)
Rio de Janeiro	25,7	6,2	2006-2018	-10,7* (-12,9; -8,4)	-	-	-	-	-10,7* (-12,9; -8,4)
São Paulo	40,6	45,1	2006-2012	11,4* (8,4; 14,5)	2012-2016	-15,0*(-21,8;-7,7)	2016-2018	6,5(-11,6;28,2)	1,0 (-2,3 4,4)

**Tabela 3.** Tendências das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica e unidade federativa. **(conclusão)**

Região/Unidade Federativa	Tendências estimadas								
	Taxa bruta		Segmento 1		Segmento 2		Segmento 3		2006-2018
	2006	2018	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	AAPC <sup>b</sup> (IC95%)
<b>Sul</b>	<b>74,2</b>	<b>113,4</b>	<b>2006-2011</b>	<b>15,6*(11,7; 19,6)</b>	<b>2011-2016</b>	<b>-10,7*(-14,9;-6,4)</b>	<b>2016-2018</b>	<b>15,9 (-0,8; 35,4)</b>	<b>3,8* (1,0; 6,7)</b>
Paraná	104,6	106,8	2006-2011	9,4 (-1,8; 21,8)	2011-2016	-13,3(-26,7;2,6)	2016-2018	20,9(-30,7;111,0)	1,0 (-8,2; 11,0)
Santa Catarina	55,2	56,7	2006-2012	2,8 (-0,7; 6,4)	2012-2015	-11,5 (-28,9; 10,2)	2015-2018	8,4 (-3,4; 21,6)	0,3 (-4,5; 5,4)
Rio Grande do Sul	54,5	156,4	2006-2010	35,2* (18,2; 54,6)	2010-2018	-4,3* (-7,7;-0,8)	-	-	7,4* (2,8; 12,1)
<b>Centro - Oeste</b>	<b>41,1</b>	<b>25,2</b>	<b>2006-2012</b>	<b>5,7* (1,9; 9,6)</b>	<b>2012-2015</b>	<b>-28,2*(-44,1;-7,9)</b>	<b>2015-2018</b>	<b>3,6(-11,6;21,3)</b>	<b>-4,6 (-9,9; 1,1)</b>
Mato Grosso do Sul	38,9	23,3	2006-2013	0,4 (-3,0; 4,0)	2013-2016	-23,2 (-43,9;5,2)	2006-2018	8,1(-24,4;54,6)	-4,9 (-11,9; 2,7)
Mato Grosso	29,9	13,1	2006-2011	2,3 (-4,6; 9,6)	2011-2018	-14,3*(-18,7;-9,6)	-	-	-7,7* (-11,0;-4,3)
Goiás	58,9	21,4	2006-2012	8,4* (3,0;14,0)	2012-2016	-33,5*(-45,1;-19,3)	2016-2018	6,9(-38,2;85,0)	-8,1 (-15,8; 0,3)
Distrito Federal	15,0	49,9	2006-2013	-5,6 (-12,2; 1,6)	2013-2018	39,5*(27,9;52,1)	-	-	11,1* (6,0; 16,5)

\*valor p < 0,05. <sup>a</sup>APC: Annual Percent Change. <sup>b</sup>AAPC: Average Annual Percent Change.

Fonte: Autorização de Internação Hospitalar (AIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

**Tabela 4.** Tendências das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo causa e tipo de estabelecimento

	Tendências estimadas						
	Segmento 1		Segmento 2		Segmento 3		Completa
	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	Período	APC <sup>a</sup> (IC95%)	AAPC <sup>b</sup> (IC95%)
<b>Causa<sup>c</sup></b>							
F19 – Múltiplas SPA	2006-2011	6,8* (5,2; 8,3)	2011-2016	-12,9*(-20,0; -5,2)	2016-2018	4,6 (-0,1; 9,64)	1,0 (-1,0;2,9)
F14 - Cocaína	2006-2011	32,7* (17,7;49,7)	2011-2018	-17,7*(-23,1; -11,9)			0,5 (-4,9; 6,1)
F10 - Álcool	2006-2011	-2,6 (-6,9; 2,0)	2011-2015	-11,5 (-21,7; 0,0)	2015-2018	1,8 (-11,6;17,2)	-4,6* (-8,7; -0,4)
Outras SPA	2006-2018	-0,8 (-4,2;2,7)					-0,8 (-4,2;2,7)
<b>Tipo de estabelecimento<sup>d</sup></b>							
Hospital Geral	2006-2011	20,8* (17,9; 23,6)	2011-2015	-7,1*(-11,0; -3,0)	2015-2018	7,7* (3,0; 12,6)	7,5* (5,9; 9,2)
Hospital Psiquiátrico	2006-2012	5,0* (3,3; 6,8)	2012-2016	-18,3*(-23,0; -13,3)	2016-2018	7,3 (-6,4; 22,9)	-3,1* (-5,3; -0,7)
Outros estabelecimentos	2006-2018	-2,4 (-5,3; 0,6)					-2,4 (-5,3;0,6)

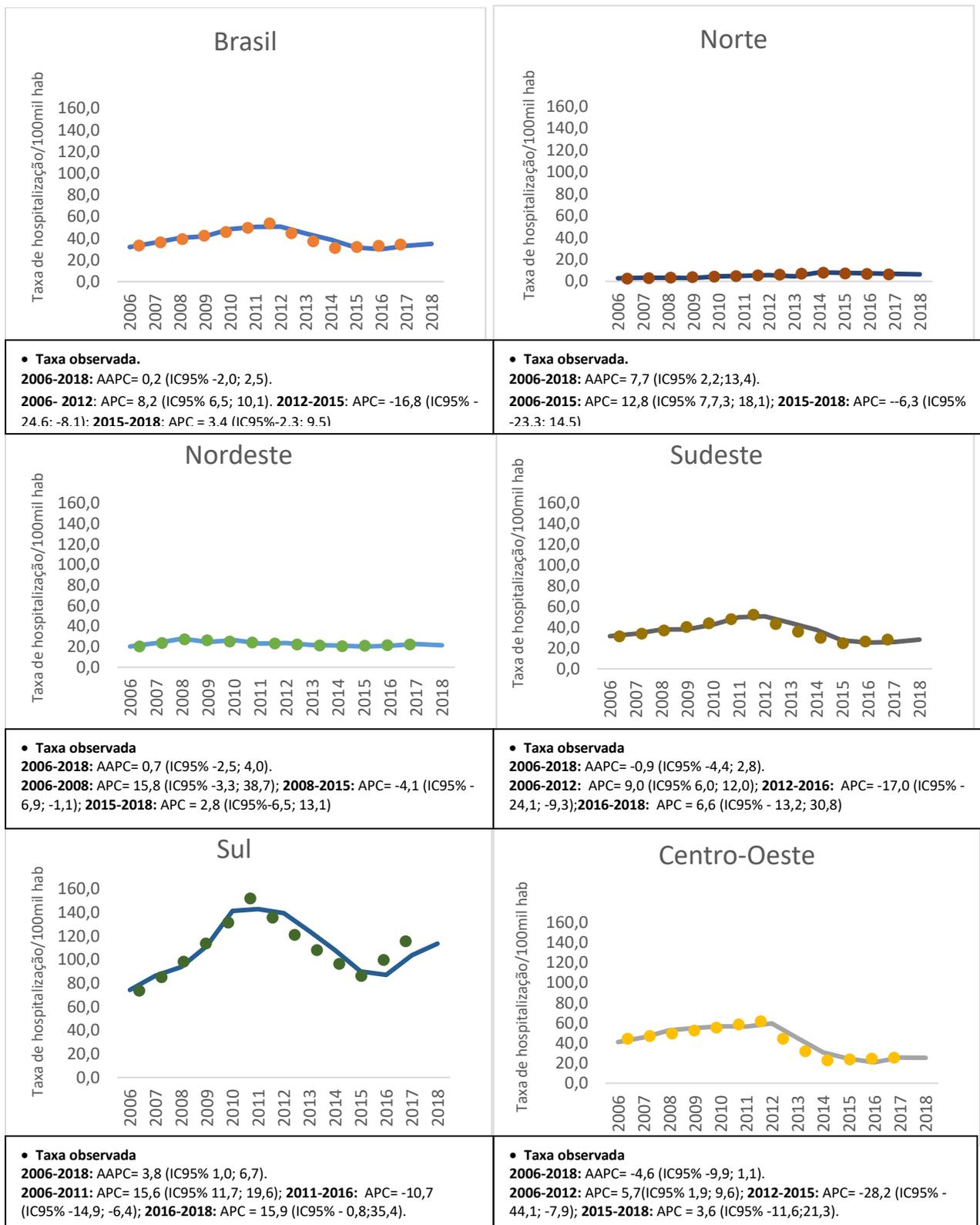
\*valor  $p < 0,05$

<sup>a</sup>APC: Annual Percent Change.

<sup>b</sup>AAPC: Average Annual Percent Change. Fonte: Autorização de Internação Hospitalar (AIH/SUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<sup>c</sup> Causas: F10: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F14: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas; A categoria “Outras” inclui os seguintes causas de hospitalização: F11: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F15: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco; F18: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis.

<sup>d</sup> A categoria “Outros” inclui registros dos seguintes tipos de estabelecimentos: Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde. Policlínica. Unidade Mista. Pronto Socorro Geral. Pronto Socorro Especializado. Consultório Isolado. Clínica Especializada/Ambulatório Especializado. Hospital/Dia Isolado. Centro de Atenção Psicossocial e Pronto Atendimento.



**Figura 1.** Regressão segmentada (*joinpoint regression*) das taxas de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica. APC, Annual Percent Change, AAPC, Average Annual Percent Change, IC, Intervalo de Confiança

## 5.2. ARTIGO 2. CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DA COBERTURA POR CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL, 2006 A 2018

### **RESUMO**

No Brasil, a assistência em saúde mental deve priorizar a oferta de cuidado em dispositivos de base comunitária e a reinserção social das pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relacionadas ao consumo de SPA. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos, exercendo tanto a função de prestar a atenção direta quanto o papel de ordenação do cuidado no território. O presente artigo objetivou descrever e analisar as características e evolução da cobertura por CAPS no Brasil, no período entre 2006 e 2018. Trata-se de um estudo ecológico que analisou a tendência temporal da cobertura, buscando identificar possíveis pontos de inflexão e estimar suas variações percentuais, através do modelo de regressão segmentada. Identificou-se uma expansão dos CAPS entre os municípios brasileiros, com desigualdade na implantação entre as unidades federativas e regiões geográficas. Os CAPS tipo I foram os mais frequentes em todo o período, representando 48,8% dos CAPS existentes em 2018, enquanto os CAPS com funcionamento 24 horas continuaram incipientes, com os CAPS III correspondendo a 4,5% e CAPS ADIII 4,1%. A cobertura nacional por CAPS apresentou aumento anual médio de 7,4% (IC95% 6,5; 8,5), com todas as regiões exibindo variações médias positivas e estatisticamente significantes. com mudanças nas tendências ou diminuição da magnitude de crescimento das coberturas nos anos finais do período. As tendências iniciais condizem com o incremento do financiamento e ações direcionadas à saúde mental, enquanto o arrefecimento nos anos finais pode decorrer de mudanças no cenário político e redirecionamento dos recursos para instituições asilares. Recomenda-se a priorização da implantação de CAPS com funcionamento 24 horas e demais dispositivos de base territorial, componentes estratégicos para o fortalecimento e ampliação da atenção psicossocial no Brasil.

**DESCRITORES:** Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Cobertura de Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

A atenção em Saúde Mental no Brasil tem passado por importantes processos de mudança. A partir da década de 1970, marcada por um cenário de democratização e de luta pela garantia dos direitos sociais fundamentais, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) colocou a necessidade de reestruturação do modelo assistencial e da transformação dos saberes e práticas relativos ao cuidado em saúde mental.<sup>1,2</sup>

As propostas da RPB destacavam a importância de rompimento com as instituições manicomiais, exigindo a substituição da atenção hospitalocêntrica por uma atenção baseada em dispositivos comunitários. Assim, assumia-se a centralidade da inserção social e articulação contínua com o território, superando estruturas como ambulatórios e hospitais psiquiátricos, resultando na transição de um modelo asilar/manicomial para um modelo de atenção psicossocial.<sup>2,3</sup>

Nesse contexto, sancionou-se em 2001 a Lei 10.216, que reconhecia a cidadania das pessoas com transtornos mentais, baseava e orientava o cuidado na reinserção social e respeito aos direitos humanos, determinando a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos com simultânea ampliação da oferta de tratamento em serviços comunitários de saúde mental. Esta perspectiva se fortalece nacionalmente em 2002, com o estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços estratégicos para a reorientação do cuidado, com prestação diária de cuidados a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA), atuando numa perspectiva territorial com modalidades distintas de complexidade<sup>4</sup>

Com o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PNSMAD) fundamentada na atenção psicossocial, tornou-se crescente a necessidade de uma rede integrada de serviços de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas para além dos CAPS. Instituiu-se portanto em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, com ações e serviços conforme princípios e diretrizes do SUS, consolidando a Política Nacional e a Reforma Psiquiátrica.

5

Mesmo com a instituição da RAPS, os CAPS permaneceram como pontos estratégicos da atenção psicossocial, tendo sua normativa atualizada, possuindo papel de articulação da rede, exercendo tanto a função de cuidado direto às pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relacionadas ao consumo de SPA, quanto o papel

de ordenação do cuidado, articulando-se com as equipes da Atenção Básica e acionando recursos necessários para a oferta de um cuidado integral.

A partir de 2015, mudanças no cenário político nacional trouxeram alterações à política de saúde mental, reduzindo a participação social e permitindo a retomada do financiamento de instituições asilares, como os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Do mesmo modo, a interrupção da divulgação de informações pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas tem dificultado o conhecimento sobre a implantação da rede de serviços comunitários e efetivação da mudança de perfil dos leitos hospitalares em saúde mental, conferindo relevância para estudos que possibilitem conhecer este panorama.<sup>6,7</sup>

Identifica-se ainda uma escassez de publicações que analisem o cenário dos serviços de atenção psicossocial na perspectiva epidemiológica, ainda que seja fundamental a produção de informação a nível populacional para a tomada de decisão. Portanto, o presente estudo teve como objetivo descrever e analisar as características e evolução da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, no período entre 2006 e 2018.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal das características e cobertura potencial de Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, no período de 2006 a 2018, tendo como unidades de análise o Brasil, regiões, unidades federativas e municípios.

Utilizou-se dados secundários, obtidos no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus) (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet>), e no Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br>).

Os dados referentes aos estabelecimentos de saúde foram acessados através do sistema CNES. Inicialmente, observou-se o Tipo de Estabelecimento, sendo extraídos aqueles classificados como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Verificou-se a tipologia, sendo incluídos os CAPS do tipo I, II, III, Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Infantojuvenil (CAPSi) e CAPS AD III.<sup>4,5</sup>

Em seguida, os dados foram organizados em planilhas, verificando-se os códigos únicos do CNES e o ano de habilitação. Foram identificadas divergências entre o registro de habilitação e de tipologia de alguns estabelecimentos, a exemplo de hospitais habilitados como CAPS, realizando-se nova apuração, permanecendo somente aqueles cuja classificação era similar em ambos registros. Por se tratar de um estudo com dados secundários, o período e indicadores utilizados se basearam na disponibilidade dos dados, iniciando em 2006 por ser o ano no qual informações detalhadas sobre os Centros de Atenção Psicossocial passaram a ser disponibilizadas.

Estimativas populacionais com projeções dos anos intercensitários foram obtidas no Datasus para o cálculo da cobertura e verificação da elegibilidade dos municípios para implantação de CAPS. Conforme critérios do Ministério da Saúde, eram considerados elegíveis aqueles com população residente a partir de 15.000 habitantes.<sup>5,8</sup>

Utilizou-se os seguintes indicadores socioeconômicos e demográficos para caracterização dos municípios: população residente, renda média per capita, Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais. Foram realizados procedimentos de interpolação e extrapolação numéricas para estimativa dos indicadores em períodos intercensitários, pois os dados disponibilizados pelo IBGE se referiam apenas aos anos de realização do censo demográfico.<sup>9</sup>

Os indicadores municipais foram descritos a partir do cálculo de suas medianas, comparando-as segundo a presença de CAPS (Sem CAPS; Com CAPS), com aplicação do teste de Mann-Whitney, para verificação de diferenças estatisticamente significantes, adotando-se valor  $p < 0,05$ .

Para descrição da evolução temporal dos CAPS, adotou-se como variáveis: tipo de estabelecimento (CAPS I, II, III, AD, ADIII e CAPSi), localização (município, UF e região geográfica) e ano (2006 a 2018). Os softwares TabWin versão 4.15, Stata versão 14 e Microsoft Office Excel 2016 foram utilizados para organização e análises dos dados.

Optou-se pela estimativa da cobertura potencial por CAPS, em decorrência da disponibilidade de dados nos sistemas acessados. Ainda que este indicador não represente a assistência que foi efetivamente realizada, faz referência aos recursos materiais disponíveis para sua realização, sendo amplamente utilizado.<sup>10</sup> Para o cálculo, foi utilizada fórmula proposta pelo Ministério da Saúde, que atribui pesos a cada tipo, assim determinada:

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{ CAPS I X } 0,5) + (\text{n}^\circ \text{ CAPS II}) + (\text{n}^\circ \text{ CAPS III X } 1,5) + (\text{n}^\circ \text{ de CAPS i}) + (\text{n}^\circ \text{ CAPS AD}) + (\text{n}^\circ \text{ de CAPS ADIII X } 1,5)}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Foram adotados parâmetros oficiais para verificar adequação da cobertura, considerando adequada quando cobertura maior ou igual a 0,50 CAPS/100.000 habitantes e inadequada abaixo desse valor.<sup>8</sup>

Realizou-se análise de tendência temporal para o Brasil e regiões geográficas, tomando como variável dependente a cobertura por CAPS e variável independente o ano. Foram aplicados os testes de Shapiro-Wilk e White, para normalidade e homocedasticidade. Buscou-se identificar possíveis pontos de inflexão da tendência e estimar suas variações percentuais (*Annual Percent Change, APC*, e *Average Annual Percent Change, AAPC*), utilizando-se o modelo de regressão segmentada, com realização das análises no *Joinpoint Regression Program* versão 4.8.0.1. Os coeficientes de regressão foram estimados pelo método de mínimos quadrados ponderados e o erro padrão calculado para cada ano. Utilizou-se o método de Monte Carlo para seleção do modelo e testes de significância, adotando-se intervalo de confiança de 95%.<sup>11,12</sup>

Os resultados das análises de tendências e variações percentuais foram interpretados conforme significância estatística, sendo classificados em: aumento, APC/AAPC positivas e estatisticamente significantes (valor  $p < 0,05$ ); redução, APC/AAPC negativas e estatisticamente significantes (valor  $p < 0,05$ ); ou estabilidade, tendência sem significância estatística.

Conforme princípios da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo utilizou informações de acesso público que não permitem identificação dos indivíduos e/ou ocasionem danos, não exigindo apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

13

## RESULTADOS

Identificou-se um aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o Brasil no período de 2006 a 2018, elevando-se de 1.008 em 2006, para 2.742 em 2018. A maior parte desses estabelecimentos se localizava nas regiões Sudeste e Nordeste, com, respectivamente, 365 e 338 CAPS em 2006, e 1.009 e 924 em 2018. Enquanto, as regiões Norte e Centro-Oeste mantiveram as menores frequências em todo período estudado, com 45 e 62 CAPS em 2006, e 180 e 159 CAPS em 2018, nessa ordem (Figura 1).

Os CAPS tipo I foram os mais frequentes em todo o período analisado, representando 43,6% dos dispositivos existentes em 2006 e 48,8% em 2018, seguidos pelos CAPS II, com 31,6% e 20,0%, CAPS AD, com 13,3% e 14,2%, e CAPSi, com 7,3% e 8,7%. Os estabelecimentos com funcionamento durante 24 horas continuaram incipientes, com os CAPS III correspondendo a 4,2% em 2006 e 4,3% em 2018, e CAPS ADIII 4,0% em 2018, considerando que só foram instituídos em 2010 (Figura 1).

Foram identificados 21 CAPS regionais em todo o período analisado, sendo dez tipo I, sete ADIII, três AD e um CAPS II. Na região Sul, todas as unidades federativas tiveram CAPS regionais, sendo um CAPS I e um CAPS ADIII no Paraná, dois CAPS I no Rio Grande do Sul, e quatro CAPS I em Santa Catarina. A região Nordeste se destacou pela presença de sete CAPS ADIII regionais, sendo dois na Bahia, três na Paraíba e um em Pernambuco, e um CAPS AD regional em Sergipe. No Sudeste, Minas Gerais possuía um CAPS I e um CAPS II, e São Paulo um CAPS I e um CAPS AD. Na região Norte, apenas Piauí e Amazonas possuíam CAPS regionais, com um CAPS AD e um CAPS I, respectivamente. Não foram identificados CAPS regionais na região Centro-Oeste.

Observou-se um aumento no número de municípios com CAPS no período. Em 2006, apenas 13,0% dos 5.564 municípios brasileiros possuíam CAPS, ainda que 38,3% fossem elegíveis para a implantação, já que apresentavam população acima de 15 mil habitantes. Em 2012, dos 5.570 municípios existentes, 39,4% eram elegíveis, porém apenas 23,5% possuía o dispositivo, enquanto em 2018, 41,1% eram elegíveis e 31,1% estavam contemplados (Tabela 1).

As regiões Sul e Norte se destacaram quando observada a relação entre o número de municípios elegíveis e a quantidade que possuía o serviço. Na Sul, 26,2% dos municípios eram elegíveis em 2006, mas apenas 12,6% possuíam CAPS (equivalendo a 48,1% dos elegíveis da região), passando a 28,7% de municípios elegíveis em 2018 e 23,5% com CAPS (aproximadamente 81,9%). A região Norte manteve a maior discrepância, com 46,5% de municípios elegíveis, em 2006, e somente 8,2% com CAPS (correspondendo a 17,6% dos elegíveis), e 53,8% de elegíveis em 2018, com 30,9% contemplados com a implantação (cerca de 57,4%) (Tabela 1).

Entre as unidades federativas (UF), Amazonas se sobressaiu pela baixa implantação de CAPS. Em 2006, ainda que 64,8% dos municípios fossem elegíveis, os estabelecimentos estavam presentes em apenas 4,8% dos municípios existentes (equivalente a 7,4% dos elegíveis). Em 2018, esta diferença foi reduzida, entretanto

continuou com a pior situação entre as UF, com 82,3% elegíveis e somente 32,3% com CAPS (correspondendo a 39,2% dos elegíveis) (Tabela 1).

A descrição e comparação das medianas das características socioeconômicas, demográficas e assistenciais dos municípios com e sem CAPS, indicou que aqueles que possuíam CAPS apresentavam maior população, maior IDH, maior renda média per capita e menor taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais, da mesma forma, maior desigualdade na distribuição de renda e menor cobertura por Atenção Básica à Saúde, com diferenças estatisticamente significantes para todos os indicadores (Tabela 2).

O Brasil iniciou o período com cobertura de 0,43 CAPS/ 100 mil habitantes, alcançando cobertura potencial adequada somente a partir do ano de 2008, quando atingiu a marca de 0,52 CAPS/ 100 mil habitantes, encerrando o período com estimativa de 1,0 CAPS/ 100 mil habitantes. Entre as regiões a implementação dos CAPS evoluiu de forma progressiva e diferenciada. Coberturas adequadas foram alcançadas em 2006 na região Sul (0,57 CAPS/ 100 mil habitantes), em 2007, na região Nordeste (0,57 CAPS/ 100 mil habitantes), em 2009 na região Sudeste (0,54 CAPS/ 100 mil habitantes), em 2011 na região Centro – Oeste (0,53 CAPS/ 100 mil habitantes), e, em 2012, na região Norte (0,55 CAPS/ 100 mil habitantes) (Figura 2).

As regiões Nordeste e Sul apresentaram o maior número de unidades federativas com adequação de cobertura no início do período, com Paraíba, Sergipe e Rio Grande do Sul exibindo coberturas acima ou iguais a 0,7 CAPS/ 100 mil habitantes. Entre as UF, Amazonas, Distrito Federal e Acre se destacam negativamente, pois mantiveram coberturas inadequadas que mais perduraram, com Amazonas ainda não possuindo cobertura considerada adequada no final do período (Figura 2).

A análise de tendência temporal apontou aumento estatisticamente significativo da cobertura por CAPS no Brasil, com variação percentual anual média (AAPC) de 7,4% (IC95% 6,5; 8,5), no período de 2006 a 2018. Foram identificados pontos de inflexão, com atenuação do crescimento da cobertura, exibindo variações percentuais anuais (APC) positivas e estatisticamente significantes de 10,5% (IC95% 9,3; 11,7), entre 2006 e 2012, e 5,8% (IC95% 3,3; 8,4) de 2012 a 2016, e estabilidade entre 2016 e 2018, 2,0% (IC95% -2,4;6,7) (Figura 3).

Todas as regiões geográficas apresentaram AAPC positivas e estatisticamente significantes, com crescimento anual médio nas regiões de, respectivamente, 9,8% (IC95% 8,7; 11,0) no Norte, 7,4% (IC95% 6,3;8,6) no Nordeste, 8,4% (IC95% 7,5; 9,0)

no Sudeste, 6,9% (IC95% 5,7; 8,1) no Sul e 6,8% (IC95% 5,8; 7,8) no Centro - Oeste. Como observado no país, as regiões apresentaram mudança na tendência ou diminuição da magnitude de crescimento da cobertura por CAPS no final do período (Figura 3).

As regiões Nordeste e Sul, que apresentavam tendência de crescimento até 2014, passaram a estabilidade a partir de 2015. Nas demais regiões houve arrefecimento do crescimento. Na região Norte o aumento da cobertura foi de 13,5% (IC95% 12,0; 15,0), no período de 2006 a 2014, e de 2,8% (IC95% 0,2; 5,6) entre 2014 e 2018. Na Região Sudeste, o aumento inicial foi de 10,6% (IC95% 9,4; 11,8), de 2006 a 2013, passando a 5,1% (IC95% 3,7; 6,5), de 2013 a 2018. E na região Centro-Oeste, o aumento foi de 8,9% (IC95% 7,7; 10,1) de 2006 a 2014, caindo para 2,7% (IC95% 0,2; 5,1), de 2014 a 2018 (Figura 3).

## **DISCUSSÃO**

Houve um crescimento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implantados em todo o Brasil no período de 2006 a 2018, observando-se uma expansão desses dispositivos entre os municípios, ainda que o ritmo de implantação se mostre desigual entre as unidades federativas e regiões geográficas. De modo geral, verificou-se mudança das tendências de crescimento da cobertura a partir do ano de 2015, com estabilização das taxas nacionais e regionais.

Segundo o relatório de 2014 da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, , todas as regiões geográficas brasileiras apresentavam adequação da cobertura por CAPS, todavia diferenças entre as unidades federativas já se destacavam.<sup>14</sup> No presente estudo, a utilização de indicador que atribui pesos a cada modalidade de CAPS contribuiu para que os valores das coberturas diferissem do observado no relatório, podendo refletir a carência de dispositivos com funcionamento 24 horas (CAPS III e ADIII), que possuem maior peso, mas se mantém em menor número.

Ressalta-se que a implantação de CAPS III e CAPS AD III se mostra fundamental para a superação do modelo manicomial e desenvolvimento de estratégias que substituam a internação. Ao funcionar nas 24 horas e permitir a intensificação do acompanhamento a partir do chamado “acolhimento noturno”, estes CAPS oferecem a possibilidade de cuidado contínuo e articulado com o território, tornando desnecessárias as internações psiquiátricas e os consequentes processos de privação do convívio social e medicamentação.<sup>15</sup>

O crescimento inicial da cobertura por CAPS condiz com mudanças no financiamento federal no período, havendo um aumento no investimento de recursos financeiros federais direcionados à saúde mental entre 2001 e 2014, com redução dos gastos hospitalares e aumento dos gastos para serviços comunitários. Esta alteração foi fundamental para induzir a mudança do modelo assistencial, dado que o novo modo da aplicação de recursos possibilitou o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, estimulando a inversão da atenção dos hospitais para os serviços comunitários.<sup>16,17</sup>

Em consonância com nossos resultados, estudo sobre estimativa da cobertura pela RAPS no Brasil, incluindo Equipe de Consultório de Rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Leitos em Hospitais Gerais, apontou uma expansão nacional da rede, evoluindo de 891 serviços em 2008, para 4.405 estabelecimentos em 2017. A desigualdade de cobertura entre as regiões, unidades federativas e municípios também foi relevante, com maior impacto nos municípios de pequeno porte que não atingem os critérios de elegibilidade para a implantação de serviços.<sup>18</sup>

Cabe destacar a possibilidade de pactuação para implantação de CAPS regionais enquanto alternativa para a assistência em municípios que não atendem aos critérios estabelecidos, contudo apenas 20 deles foram identificados nos registros analisados. Os CAPS tipo I e AD III regionais foram os mais frequentes, ainda que representem, respectivamente, o menor e o maior quantitativo populacional para implantação. Supõe-se que a implantação de CAPS AD III resulte de o incentivo financeiro desta modalidade ser mais alto que as demais, bem como do incremento das ações das políticas de repressão e combate ao tráfico e uso de drogas, considerando que a adesão ao “Programa ‘Crack, é possível Vencer’” é o primeiro critério para priorização de propostas.<sup>19</sup>

Macedo e colaboradores (2017), ao analisarem as 438 regiões de saúde brasileiras em 2015, identificaram que: 21,05% das regiões elegíveis para implantação de CAPS tipo I não contavam com o equipamento; 75,32% daquelas elegíveis para CAPS II, também estavam desprovidas, assim como 86,55% das que poderiam implantar CAPS III e 45,16% das regiões que preenchiam critérios para CAPS AD.<sup>20</sup>

Os mesmos autores constataram uma concentração de serviços de atenção psicossocial em municípios com médio/alto desenvolvimento socioeconômico, concordando com nossos resultados. Ao analisar aspectos relacionados à descentralização e regionalização da assistência em saúde mental entre 2001 e 2015, identificaram avanços

na implantação da RAPS, com tendência à interiorização da assistência, fortalecimento da atuação da Atenção Básica (AB) e descentralização dos leitos de atenção psicossocial e residências terapêuticas em municípios de grande porte, embora insuficientes.<sup>20</sup>

Salienta-se que disparidades entre as regiões de saúde podem induzir à percepção de adequação da cobertura nas unidades federativas. Gonçalves e colaboradores (2010), ao analisar a cobertura por CAPS no Rio Grande do Sul, identificaram que no ano de 2009, ainda que possuísse uma cobertura adequada, havia extrema desigualdade na oferta do serviço, com regiões que concentravam a implantação de estabelecimentos e somente 51,0% da população residia em localidades com cobertura satisfatória.<sup>21</sup>

O arrefecimento da expansão dos CAPS nos anos finais desta pesquisa pode decorrer de mudanças na coordenação do Ministério da Saúde e cenário político brasileiro a partir do ano de 2015. Desde então, alterações no financiamento e legislação da assistência em saúde mental tem fragilizado os serviços comunitários, inserindo hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas entre os componentes na RAPS, evidenciando a tensão entre a superação do modelo manicomial e a retomada de práticas asilares.<sup>22, 23</sup>

Cruz e colaboradores (2020) afirmaram que essas mudanças nas políticas e legislação tem agravado a insuficiência assistencial e desigualdades regionais, identificando-se uma queda acentuada na implantação de CAPS entre 2016 e 2019, coincidindo com nossos achados.<sup>24</sup> A retomada do modelo asilar se mostra em estágio ainda mais avançado no que diz respeito às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, diante da retomada das internações involuntárias, do aumento progressivo do financiamento e da expansão de vagas para comunidades terapêuticas.<sup>20,22</sup>

Ainda que não sejam encontradas evidências que justifiquem a manutenção de internações como principal estratégia de cuidado, associações médicas e empresas hospitalares tem atuado junto ao governo federal apoiando sua manutenção.<sup>25,26</sup> Em contrapartida, estudos realizados em países de baixa e média renda tem demonstrado a eficácia das intervenções psicossociais na atenção à saúde mental, com recomendação de investimento contínuo em serviços da ABS e comunitários de saúde mental, uso de hospitais apenas para suporte de alta complexidade, assistência residencial de longo prazo na comunidade, e iniciativas de trabalho e geração de renda.<sup>27, 28</sup>

O uso de dados secundários pode ser apontado como principal limitação deste trabalho, não permitindo maior detalhamento e controle dos procedimentos de coleta, obtenção de dados faltantes e inclusão de outras dimensões para análise. Informações sobre as comunidades terapêuticas foram solicitadas ao Ministério da Cidadania, atual

responsável pelo financiamento e monitoramento, entretanto os dados não são disponibilizados.

Reconhecemos as limitações das técnicas de interpolação e extrapolação de dados, pois assumem um padrão que pode não existir nos dados originais, ainda que sejam amplamente empregadas na análise de dados sociodemográficos.<sup>9</sup> Porém, mostra-se improvável que tenham impacto significativo sobre os resultados apresentados, pois não são esperadas mudanças acentuadas nos indicadores utilizados.

Admite-se também a restrição do uso do indicador cobertura potencial, pois este faz referência aos recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização da assistência, não indicando o trabalho que foi efetivamente realizado.<sup>10</sup> Reconhece-se a deficiência da classificação da cobertura adotada, pois, ainda que em conformidade com parâmetros oficiais do Ministério da Saúde, considera adequada a cobertura maior ou igual a 0,5 CAPS/ 100 mil habitantes, ainda que a conformação ideal seja a proporção de 1 (um) CAPS a cada 100 mil habitantes.<sup>29</sup>

A escassez de publicações sobre a temática abordada e que utilizaram métodos quantitativos dificultou uma ampla comparação dos resultados, ao mesmo tempo que reforça a relevância deste trabalho. Mostra-se necessária a realização de estudos que utilizem outras estratégias e unidades de análise, especialmente sobre a evolução dos recursos financeiros, implantação, utilização e possíveis efeitos dos serviços de atenção psicossocial sobre a saúde da população.

Recomenda-se a priorização da implantação de Centros de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas, Serviços Hospitalares de Referência, Serviços Residenciais Terapêuticos e iniciativas de geração de renda, componentes estratégicos para o desenvolvimento de ações voltadas ao fortalecimento e ampliação da atenção psicossocial e superação da lógica manicomial.

## **REFERÊNCIAS**

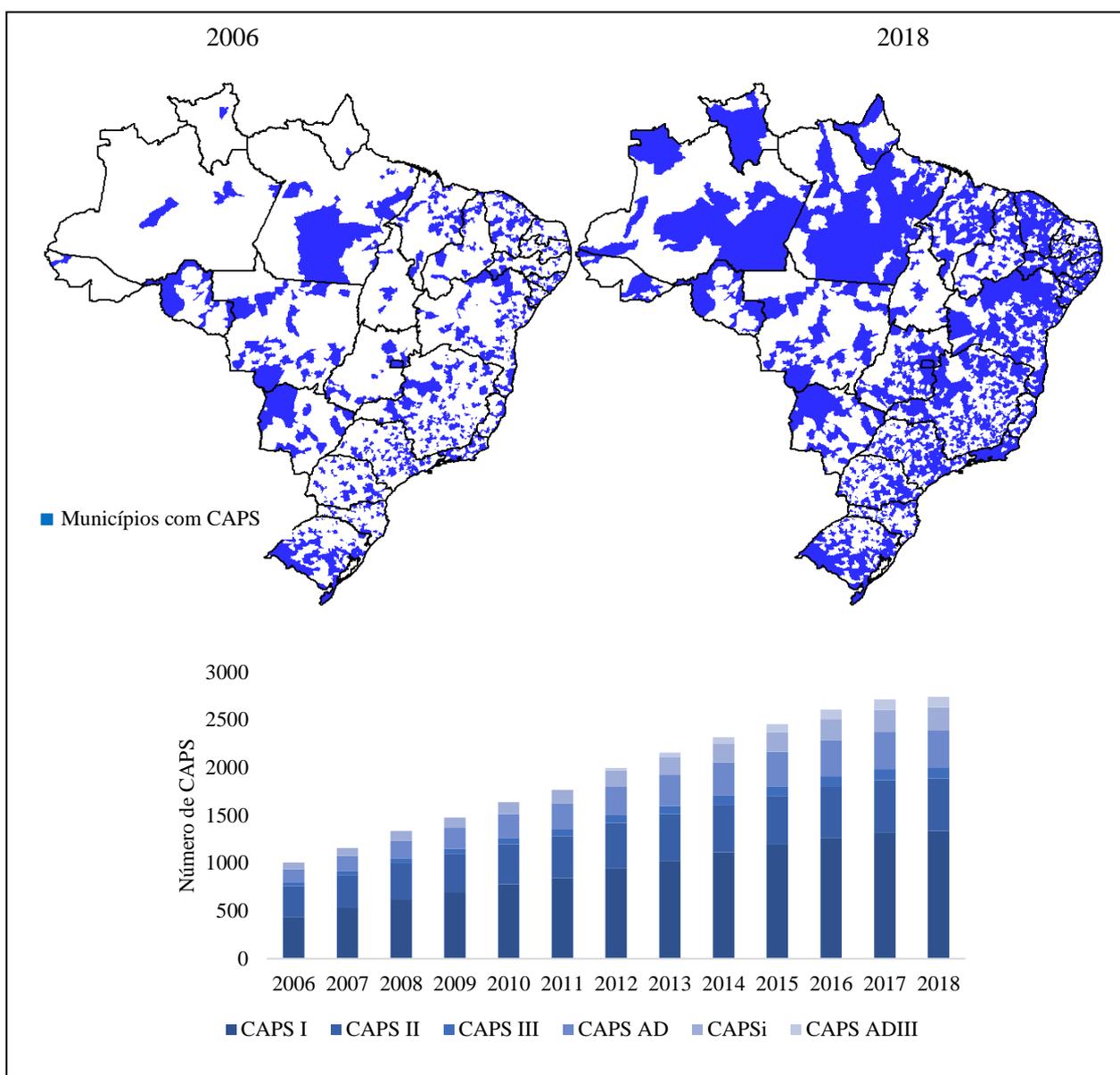
1. AMARANTE. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>.

3. AMARANTE, P; NUNES, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, Junho, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso)>.
4. BRASIL. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)>.
5. BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm)>.
6. ONOCKO-CAMPOS, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso)>.
7. ALMEIDA, JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso)>.
8. BRASIL. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015\\_2edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf)>.
9. GUJARATI, DN.; PORTER, DC. Basic econometrics 5th edition. 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc., New York, NY, EUA.
10. VIEIRA-DA-SILVA, LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. 22ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

11. KIM, HJ; FAY, MP; FEUER, EJ; MIDTHUNE, DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates" *Statistics in Medicine* 2000; 19:335-351: (correction: 2001;20:655).
12. Joinpoint Regression Program, Version 4.8.0.1 - April 2020; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Disponível em <<https://surveillance.cancer.gov/joinpoint>>.
13. BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2016; 7 abr. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>.
14. BRASIL. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015, Brasília, 2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)>.
16. GONCALVES, RW; VIEIRA, FS; DELGADO, PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, Feb. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso)>.
17. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015. Disponível em <<https://www.mpms.mp.br/portal/download.php?codigo=40590>>.
18. FERNANDES, CJ ET AL. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00049519, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000405007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405007&lng=en&nrm=iso)>
19. BRASIL. 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). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html)>.
20. MACEDO, JP ET AL. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso)>.
21. GONCALVES, VM ET AL. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul - Porto Alegre*, v. 32, n. 1, p. 16-18, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000100003&lng=en&nrm=iso)>.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588,21 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. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>.
23. BRASIL. Nota técnica nº 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados\\_prevencao\\_drogas/obid/legislacao/nota\\_saudental.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudental.pdf)>.
24. CRUZ, NFO; GONÇALVES, RW.; DELGADO, PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300509&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509&lng=en&nrm=iso)>.
25. Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina. Nota de 20 de setembro de 2017. Assistência psiquiátrica no Brasil. Brasília, 2017. Disponível em <[https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/nota\\_abp-cfm.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/nota_abp-cfm.pdf)>.

26. Procuradoria Federal dos Direitos Do Cidadão/ Ministério Público Federal. Nota Pública de 22 de setembro de 2017. Defende a manutenção de políticas de saúde mental pautada na desinstitucionalização psiquiátrica. Brasília, 2017. Disponível em <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-publica-pfdc-mpf-saude-mental-politicas-de-desinstitucionalizacao>>.
27. BARBUI, C ET AL. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet. Psychiatry*, 2020 Feb;7(2):162-172. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30511-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30511-5/fulltext)>.
28. THORNICROFT, G.; DEB, T.; HENDERSON, C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 276–286. 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032514/pdf/WPS-15-276.pdf>>.
29. BRASIL. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume14.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf)>.



Fonte: Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**Figura 1.** Distribuição espacial e evolução do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo tipologia, Brasil, 2006 a 2018.

**Tabela 2.** Características dos municípios que possuem ou não possuem Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2006 a 2018.

	Ano					
	2006		2012		2018	
	Sem CAPS (N=4.698)	Com CAPS (N=866)	Sem CAPS (N= 4.120)	Com CAPS (N= 1.450)	Sem CAPS (N= 3.595)	Com CAPS (N= 1.975)
População	8.521,5	48.463,5*	7.561	37.842*	6.875	32.369*
Renda	386,63	558,06*	477,46	575,59*	560,35	608,16*
Índice de Gini	0,51	0,53*	0,47	0,50*	0,43	0,47*
IDH	0,60	0,67*	0,69	0,71*	0,77	0,78*
Taxa de analfabetismo	15,8	9,8*	12,9	9,6*	9,9	7,8*
Cobertura por ABS	100	58,5*	100	77,5*	100	95,8*

\*valor p <0,05

**Tabela 1.** Municípios existentes, elegíveis e com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, segundo região geográfica e unidade federativa, 2006 a 2018.

(continua)

Unidade Federativa	Ano								
	2006			2012			2018		
	Total N	Elegíveis %	Com CAPS %	Total N	Elegíveis %	Com CAPS %	Total N	Elegíveis %	Com CAPS %
Brasil	5564	38,3	13,0	5.570	39,4	23,5	5570	41,4	31,1
Norte	449	46,5	8,2	450	51,6	21,1	450	53,8	30,9
Rondônia	52	57,7	15,4	52	48,1	30,8	52	50,0	34,6
Acre	22	36,4	9,1	22	63,6	9,1	22	68,2	27,3
Amazonas	62	64,5	4,8	62	79,0	24,2	62	82,3	32,3
Roraima	15	26,7	6,7	15	33,3	26,7	15	46,7	53,3
Pará	143	76,9	11,2	144	82,6	31,3	144	83,3	47,2
Amapá	16	31,3	12,5	16	37,5	12,5	16	56,3	18,8
Tocantins	139	8,6	3,6	139	10,1	7,9	139	10,1	11,5
Nordeste	1793	45,6	14,7	1794	46,0	29,5	1794	48,4	38,2
Maranhão	217	52,5	14,3	217	58,1	25,8	217	62,7	30,4
Piauí	223	16,6	8,1	224	15,6	16,5	224	16,1	21,9
Ceará	184	69,0	20,1	184	70,1	42,4	184	72,3	52,7
Rio Grande do Norte	167	18,6	7,8	167	18,0	16,8	167	21,0	18,6
Paraíba	223	22,4	11,7	223	23,8	23,3	223	26,0	31,8
Pernambuco	185	67,0	8,6	185	68,1	28,6	185	71,4	44,9
Alagoas	102	53,9	33,3	102	53,9	44,1	102	54,9	55,9
Sergipe	75	45,3	18,7	75	45,3	32,0	75	49,3	44,0
Bahia	417	58,8	17,7	417	57,1	37,6	417	58,8	47,5

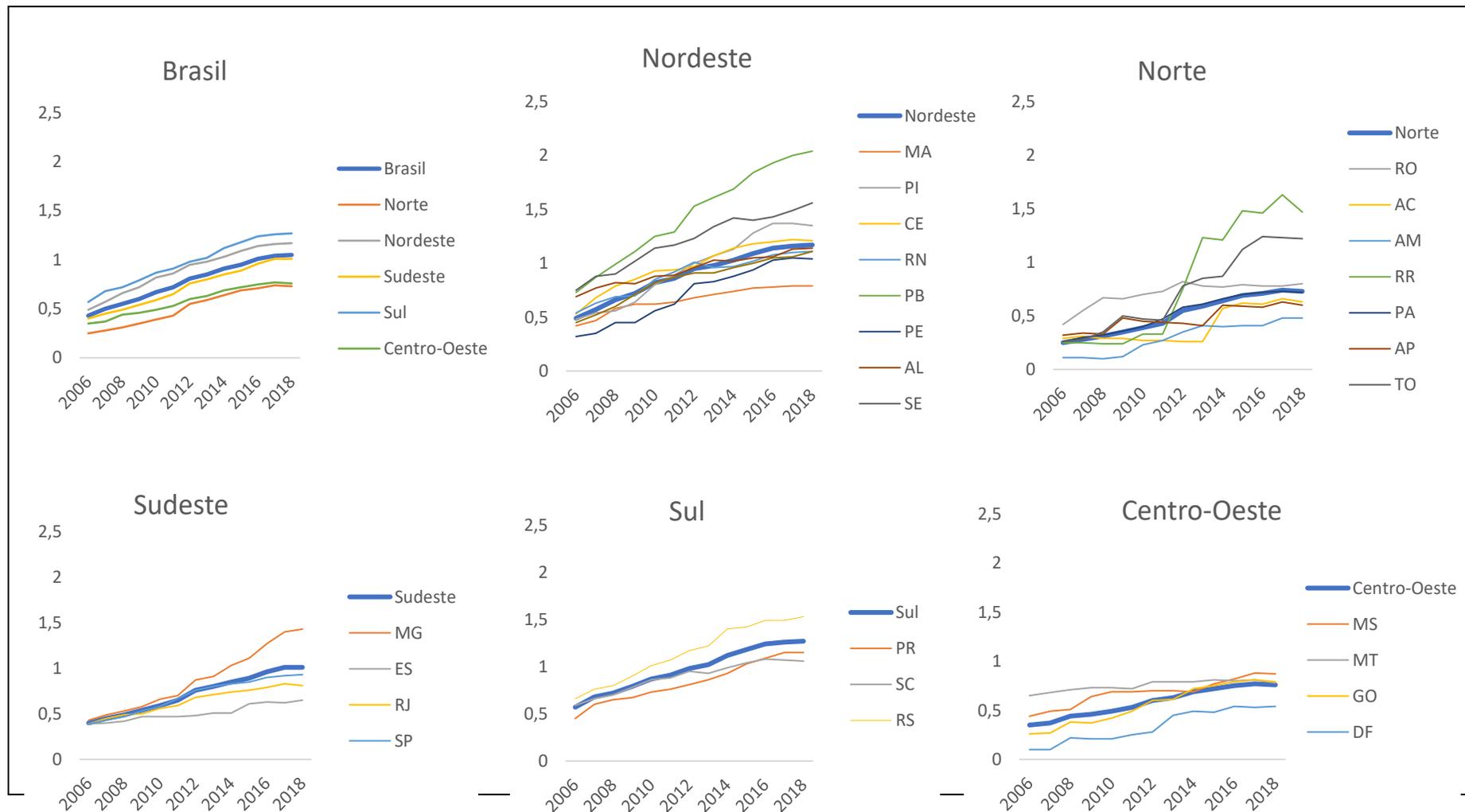
**Tabela 1.** Municípios existentes, elegíveis e com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, segundo região geográfica e unidade federativa, 2006 a 2018.

(conclusão)

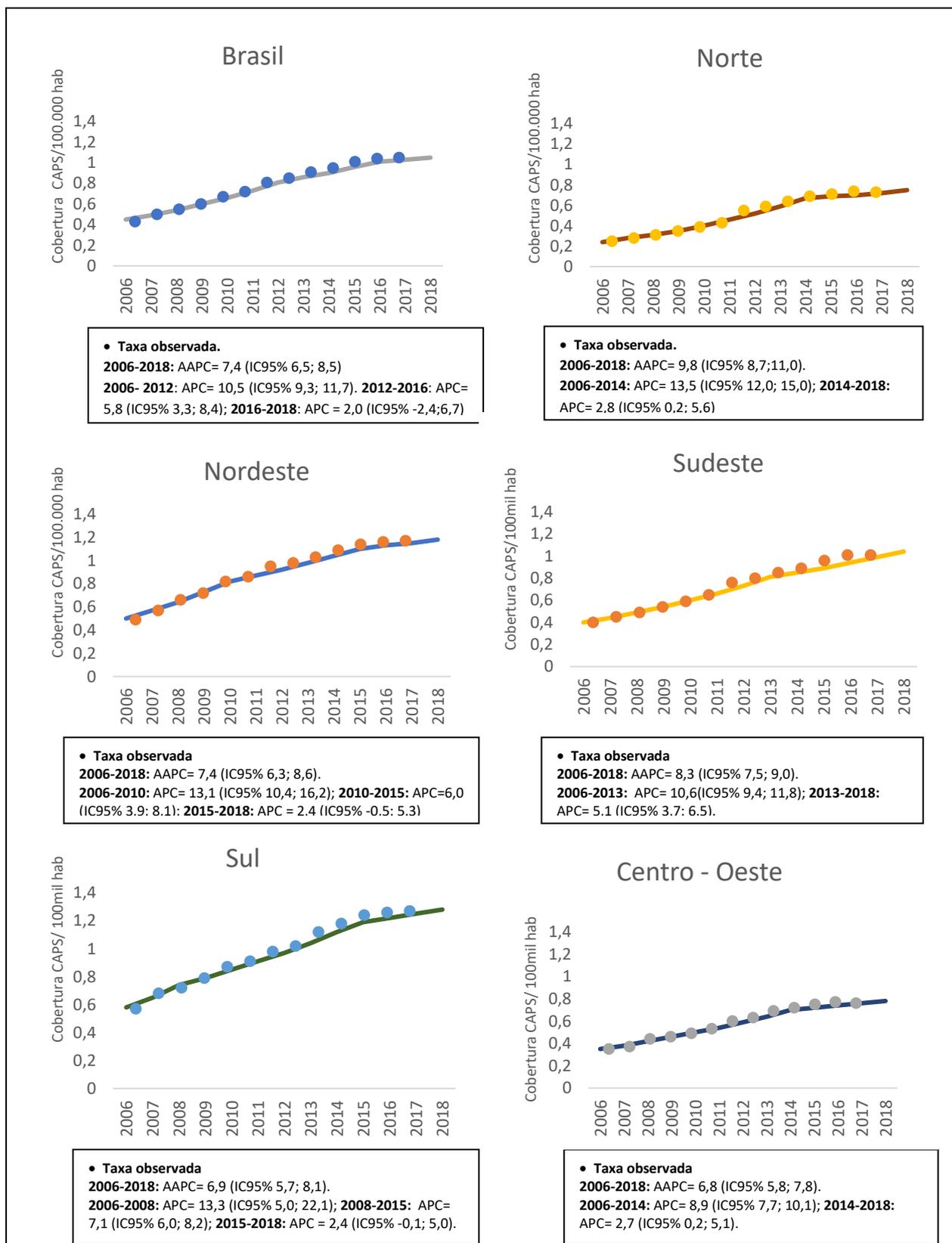
	Ano								
	2006			2012			2018		
	Existentes	Elegíveis	Com CAPS	Existentes	Elegíveis	Com CAPS	Existentes	Elegíveis	Com CAPS
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Sudeste	1668	39,1	13,8	1668	39,1	22,7	1668	41,2	31,3
Minas Gerais	853	28,1	9,7	853	28,0	17,0	853	29,9	26,6
Espírito Santo	78	56,4	16,7	78	55,1	20,5	78	59,0	25,6
Rio de Janeiro	92	80,4	51,1	92	80,4	75,0	92	83,7	85,9
São Paulo	645	45,6	13,5	645	46,0	22,9	645	48,1	30,4
Sul	1188	26,2	12,6	1191	27,7	19,4	1191	28,7	23,5
Paraná	399	29,1	10,0	399	30,6	16,5	399	31,6	23,6
Santa Catarina	293	25,6	13,7	295	29,2	22,4	295	30,5	25,4
Rio Grande do Sul	496	24,2	14,1	497	24,5	19,9	497	25,4	22,3
Centro-Oeste	466	30,3	9,4	467	32,8	16,5	467	35,5	22,9
Mato Grosso do Sul	78	44,9	14,1	79	49,4	20,3	79	51,9	22,8
Mato Grosso	141	29,8	14,9	141	34,0	19,1	141	38,3	22,7
Goiás	246	25,6	4,5	246	26,4	13,4	246	28,5	22,8
Distrito Federal	1	100,0	100,0	1	100,0	100,0	1	100,0	100,0

<sup>a</sup> Conforme IBGE, o único município existente no Distrito Federal é Brasília, com as demais localidades sendo classificadas como regiões administrativas.

Fonte: Sistema do Cadastro Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).



**Figura 2.** Cobertura potencial de Centro de Atenção Psicossocial por 100.00 habitantes, segundo região geográfica e unidade federativa, Brasil, 2006 a 2018.



**Figura 3.** Regressão segmentada (*joinpoint regression*) da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2006 a 2018, segundo região geográfica. APC, *Annual Percent Change*, AAPC, *Average Annual Percent Change*, IC, *Intervalo de Confiança*.

### 5.3. ARTIGO 3. ASSOCIAÇÃO ENTRE COBERTURA POR CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE ADOLESCENTES E JOVENS POR TRANSTORNOS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

#### **RESUMO**

O objetivo desse estudo foi analisar a associação entre a cobertura por Centros de Atenção Psicossocial e hospitalizações de adolescentes e jovens por transtornos decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas (SPA) no Brasil, entre 2006 e 2018. Realizou-se estudo ecológico com modelo de dados em painel, adotando como unidade de análise os municípios brasileiros. A cobertura populacional por CAPS foi definida como variável preditora, sendo categorizada em Inadequada, Adequada e Adequada com CAPS 24 horas. As taxas de hospitalização foram consideradas desfecho, calculando-se taxas por transtornos devidos ao uso de SPA e por todos os transtornos mentais e comportamentais (TMC). Indicadores socioeconômicos, demográficos e de assistência à saúde foram utilizados para caracterizar os municípios e para ajuste do modelo de regressão. Observou-se tendência de aumento da cobertura nacional por CAPS e estabilização das taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA e demais TMC. Municípios com cobertura Adequada e presença de CAPS 24 horas reduziram em 19% (IC95% 0,76; 0,86) as taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA, não sendo identificada associação naqueles cuja cobertura Adequada não contemplava CAPS 24hs. Para todos os TMC, houve redução de 3% (IC95% 0,95; 0,99) naqueles municípios com cobertura Adequada e sem CAPS 24 horas, aumentando para 23% (IC95% 0,74; 0,80) quando este equipamento estava presente juntamente com a cobertura Adequada. Os achados sugerem que a implantação de CAPS 24 horas contribui para a redução das hospitalizações psiquiátricas de adolescentes e jovens no Brasil, reafirmando a importância desses dispositivos para superação do modelo assistencial manicomial/ asilar e melhoria da assistência à saúde mental infantojuvenil.

**DESCRITORES:** Adolescente. Hospitalização. Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

A estruturação da atenção em saúde mental para infância e juventude é um processo mundialmente recente. No Brasil, até o final do século XX, o cuidado para esta população era ofertado principalmente por instituições de assistência social e filantropia, com pouca atuação do setor saúde. Diferenciando-se do processo destinado à população adulta com transtorno mental, o Estado assumia uma perspectiva de tutela para formação moral, intelectual e física, sem reconhecimento do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, resultando numa ausência de modelos de cuidado, contribuindo para desassistência.<sup>1,2</sup>

A promulgação da Constituição Federal de 1988, juntamente com a realização da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990) demarcaram o reconhecimento dos direitos deste seguimento populacional e responsabilização do Estado e da sociedade pelo desenvolvimento pleno, possibilitando a substituição de intervenções voltadas para o controle e institucionalização pela elaboração de ações que consideram suas particularidades e necessidades.<sup>2,3</sup>

Contudo, as modificações contidas na Constituição e no ECA tardaram a se concretizar no campo da Saúde Mental. Somente no início dos anos 2000 com a aprovação da *Lei da Reforma Psiquiátrica* (Lei nº 10.216/2001), realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), estabelecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Portaria nº 336/2002) e do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (2004), teve início a estruturação da oferta de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (SPA), indicando o compromisso público com a construção de uma política direcionada a esta população.<sup>1,3</sup>

Ressalta-se que os CAPS Infantojuvenis foram os primeiros dispositivos instituídos com a finalidade de prestar atendimento especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais e comportamentais. Ainda que as demais modalidades de CAPS também possam atendê-los, os equipamentos infantojuvenis representaram a efetivação da proposta da atenção psicossocial para esta população, com acompanhamento específico e articulação de ações no território, possibilitando a inclusão social e construção de uma rede de cuidado.<sup>1,3</sup>

Entretanto, o ritmo de implantação dessa rede ainda é incipiente, mantendo a desvantagem da assistência em relação à população adulta. Em 2014, os CAPS i correspondiam a menos de 10% do total de CAPS nacionais. Mantendo a mesma

propensão, em 2016, os leitos pediátricos de atenção integral em saúde mental e os serviços de residência transitória para aqueles em vulnerabilidade social com necessidades pelo uso de SPA (Unidades de Acolhimento Infantojuvenil) contemplavam menos de 4,0% dos municípios brasileiros.<sup>4,5</sup>

Já foi reconhecido que a assistência a população infantojuvenil com necessidades relacionadas ao uso de SPA constitui um desafio mundial. Entre os anos de 1990 e 2019, os transtornos mentais pelo uso de SPA se mantiveram entre as principais causas e fatores de risco para carga de doença e incapacidade, com impacto crescente entre a população de 10 a 24 anos, refletindo a insuficiência das políticas públicas para o enfrentamento do problema.<sup>6,7,8</sup>

Conforme literatura especializada, o enfrentamento deste problema depende fundamentalmente do incremento de recursos e de intervenções que contemplem a complexidade de fatores relacionados ao surgimento de transtornos por uso de SPA, fenômeno reconhecidamente influenciado pela interação das dimensões individual, comportamental, ambiental, socioeconômica, cultural e política. Assim, recomenda-se articulação intersetorial e garantia do acesso a tratamento viabilizado por um conjunto de serviços envolvendo avaliação, atendimento psicossocial, redução de danos e recuperação, respeitando-se diversidade e necessidades individuais, além de evitar ambientes restritivos e práticas coercitivas.<sup>9, 10, 11</sup>

Nesse contexto, confere-se ainda mais relevância aos CAPS, enquanto dispositivos estratégicos do cuidado, por atuarem de maneira articulada com os diversos equipamentos sociais e pontos de atenção do território, promovendo saúde mental, prevenção e acompanhamento da população.<sup>12</sup> Ademais, as modalidades com funcionamento 24 horas teriam um efeito direto na redução de hospitalizações psiquiátricas, já que possuem leitos para oferta de retaguarda clínica e acolhimento noturno àqueles que necessitem de cuidados intensivos, evitando um percentual das hospitalizações.<sup>13</sup>

Reforçando essa suposição, observou-se que a implantação de CAPS se associou à redução das taxas de hospitalização por tentativa de suicídio, transtornos por uso de álcool e demais transtornos mentais na população brasileira de todas as idades, entre 2008 e 2014. Um segundo estudo utilizando dados entre 2008 e 2015 das capitais do Rio de Janeiro e São Paulo, também encontrou associação similar, com redução de hospitalizações por todos os transtornos mentais e comportamentais, exceto aqueles por uso de SPA.<sup>14, 15</sup>

Contudo, a conjuntura política nacional desde 2015, tem fragilizado sistematicamente as políticas de saúde mental baseadas na atenção psicossocial, com modificações no financiamento, redefinição da rede assistencial e limitação da participação social. As ações tem sido pautadas por uma concepção de risco e periculosidade das pessoas que consomem SPA, tornando-se mais grave no que se refere à população infantojuvenil. Isto porque se soma a negação de direitos, práticas de tutela e institucionalização, resultando no afastamento do convívio social por adotar como único caminho de tratamento os hospitais psiquiátricos e outras instituições asilares, sob a justificativa da proteção.<sup>15,16,17</sup>

Considerando-se a necessidade de produção de evidências científicas acerca dos efeitos da implantação dos serviços comunitários de saúde mental sobre as hospitalizações psiquiátricas, bem como a carência de estudos epidemiológicos sobre a atenção em saúde mental infantojuvenil no Brasil, especialmente aquela relacionada ao consumo de SPA, o presente artigo teve como objetivo analisar a associação entre a cobertura por Centros de Atenção Psicossocial e hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas no Brasil, entre 2006 e 2018.

## **MÉTODOS**

### **Modelo teórico**

Para orientar a análise, construiu-se um modelo teórico seguindo a hipótese de que a implantação de Centros de Atenção Psicossocial associa-se à redução das taxas de hospitalização por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de SPA entre adolescentes e jovens (Figura 1).

Considerou-se que esses dispositivos atuariam tanto na prevenção de possíveis complicações que culminariam em hospitalizações, como no acolhimento de demandas que anteriormente seriam necessariamente encaminhadas para hospitalização psiquiátrica. Ao mesmo tempo, reconheceu-se a determinação multifatorial da hospitalização, diante de elementos estruturais que afetariam a implantação das políticas públicas de saúde mental assim como ambientes físico e social dos sujeitos, com repercussão na ocorrência dos transtornos e também das hospitalizações.

Deste modo, considerou-se que indicadores municipais como Renda média per capita, Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), População, Taxa de Analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais, Taxa de urbanização, Cobertura por Atenção Básica à Saúde e Presença de leitos psiquiátricos SUS interferem na implantação dos CAPS e frequência das hospitalizações, sendo assim incluídos na análise.

### **Descrição do estudo**

Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal, que utilizou modelo de dados em painel, adotando como unidade de análise os municípios brasileiros, no período de 2006 a 2018.

Utilizou-se dados secundários obtidos no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Internações Hospitalares (SIH-SUS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e no sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica.

Analisou-se todas as Autorização de Internação Hospitalar no SUS (AIH-SUS), que indicavam Transtornos Mentais e Comportamentais (códigos CID - 10: F00 a F99) como causa da hospitalização e idade entre 10 e 24 anos, sendo destacados posteriormente os registros dos Transtornos devidos ao consumo de Substâncias Psicoativas (códigos CID – 10: F10 a F19).

Dados referentes aos CAPS foram coletados no sistema CNES, sendo incluídos CAPS do tipo I, II, III, Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Infantojuvenil (CAPSi) e CAPS AD III. Somente a partir de agosto de 2005 haviam informações detalhadas dos estabelecimentos, tornando-se este o critério para definir o ano de 2006 para início da análise.

Obteve-se do IBGE e IPEA dados sobre os indicadores socioeconômicos- Renda média per capita Índice de Gini, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); demográficos – População, Taxa de Analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais, Taxa de urbanização; e de assistência à saúde- Cobertura por Atenção Básica à Saúde e Presença de leitos psiquiátricos SUS.

Adotou-se como variáveis principais a cobertura por Centros de Atenção Psicossocial e as taxas de hospitalização por Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19) e por todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99). Os indicadores socioeconômicos, demográficos e de

assistência à saúde foram utilizados para caracterizar os municípios, bem como covariáveis para ajustar o modelo de regressão.

Para análise da evolução temporal, foram calculadas as coberturas por CAPS, taxas por Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de Substâncias Psicoativas (SPA) e por todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC).

As coberturas por CAPS foram estimadas conforme fórmula proposta pelo Ministério da Saúde (MS):<sup>18</sup>

$$\frac{(\text{n}^\circ \text{CAPS I} \times 0,5) + (\text{n}^\circ \text{CAPS II}) + (\text{n}^\circ \text{CAPS III} \times 1,5) + (\text{n}^\circ \text{de CAPS i}) + (\text{n}^\circ \text{CAPS AD}) + (\text{n}^\circ \text{de CAPS ADIII} \times 1,5)}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 100.000$$

As taxas de hospitalização foram calculadas por:

$$\frac{\text{Número de hospitalizações de pessoas de 10 a 24 anos por transtornos mentais}}{\text{População de 10 a 24 anos residente no mesmo local e período}} \times 100.000$$

Após essa etapa, buscou-se identificar possíveis pontos de inflexão da tendência e estimar suas variações percentuais (*Annual Percent Change – APC* - e *Average Annual Percent Change - AAPC*). Realizou-se análise da tendência temporal para o Brasil, aplicando-se os testes de Shapiro-Wilk e White, para normalidade e homocedasticidade. Utilizou-se o modelo de regressão segmentada, com realização das análises no *Joinpoint Regression Program* versão 4.9.0.0. Os coeficientes de regressão foram estimados pelo método de mínimos quadrados ponderados e o erro padrão calculado para cada ano. Utilizou-se o método de Monte Carlo para seleção do modelo e testes de significância, adotando-se intervalo de confiança de 95%.<sup>19,20</sup>

Os resultados das análises de tendências e variações percentuais foram interpretados conforme significância estatística (valor  $p < 0,05$ ), sendo classificados em: aumento, APC/AAPC positivas e estatisticamente significantes; redução, APC/AAPC negativas e estatisticamente significantes; ou estabilidade, tendência sem significância estatística.

Realizou-se procedimentos de interpolação e extrapolação numéricas por regressão linear simples para os dados não disponíveis nos anos intercensitários para os indicadores municipais, seguidos por análise descritiva a partir das medianas, comparando-as segundo a existência de registro de hospitalização (Não; Sim). Aplicou-

se o teste de Mann-Whitney para verificação de diferenças estatisticamente significantes (valor  $p < 0,05$ ).

Para a análise da associação entre a cobertura por Centro de Atenção Psicossocial e as taxas de hospitalização, utilizou-se um conjunto de dados em painel. Esse modelo consistiu na organização de uma série temporal para cada unidade do conjunto de dados, possuindo como característica principal a repetição das mesmas unidades ao longo de um período determinado, assim sendo, cada município foi acompanhado e analisado no período de 2006 a 2018. <sup>21</sup>

Para definição das categorias de adequação da cobertura, utilizou-se parâmetros oficiais do MS. <sup>18</sup> A presença de CAPS tipos III e/ou AD III no município foi considerada um diferencial, sendo geradas as categorias: 0 – Inadequada, para cobertura menor que 0,50 CAPS/100.000 habitantes; 1 - Adequada, para cobertura maior ou igual a 0,50 CAPS/100.000 habitantes; e 2 - Adequada com CAPS 24h, para cobertura maior ou igual a 0,50 CAPS/100.000 habitantes e presença de CAPS III/AD III.

Por se tratar de dados de contagem e por apresentarem superdispersão, utilizou-se o modelo com resposta binomial negativa, aplicando-se também os critérios de seleção AIC - Akaike Information Criterion - e BIC – Bayes Information Criterion. A colinearidade das variáveis foi testada pela verificação dos Fatores de Inflação da Variância (VIF), permanecendo aquelas que apresentaram  $VIF < 10$ . Após aplicação do teste de Hausman, optou-se pelo modelo de efeitos fixos ( $Prob > \chi^2 = 0,00$ ).

Para construção do modelo bruto, empregou-se as categorias de adequação da cobertura como variável preditora e as taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA e por todos os TMC como variáveis desfecho. Utilizou-se com medida de associação o risco relativo, bruto e ajustado, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para os modelos ajustados, as covariáveis foram incluídas e testado o efeito fixo do tempo, inserindo-se a variável Ano para ajuste dos modelos finais. Os softwares Stata versão 14 e Microsoft Office Excel 2016 foram utilizados para organização e análises dos dados.

Conforme princípios da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo utilizou informações de acesso público que não permitem identificação dos indivíduos e/ou ocasionem danos, não exigindo apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Foram encontrados 749.516 registros de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos Mentais e Comportamentais em todo o Brasil, entre os anos de 2006 e 2018, sendo 263.300 (35,1%) correspondentes a hospitalizações por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas.

As taxas nacionais de hospitalização apresentaram tendência de estabilidade (sem significância estatística), com as taxas por transtornos devidos ao uso de SPA exibindo variação percentual anual média (AAPC) de 0,2% (IC95%: -2,0; 2,5) e as taxas por todos os transtornos variação de -1,2% (IC95%: -3,0; 0,6). Foram identificados pontos de inflexão nas tendências, demarcando os segmentos de 2006 a 2012, 2012 a 2015 e 2015 a 2018 (Figura 2).

No período de 2006 a 2012, as taxas de hospitalização por uso de SPA mostraram tendência ascendente, com aumento anual de 8,2% (IC95%: 6,5;10,1), seguido por redução anual de 16,8% (IC95% -24,6; -8,1), entre 2012 e 2015, e estabilidade de 2015 a 2018 (APC= 3,4; IC95%: -2,3; 9,5). As taxas de hospitalização por todos os transtornos apresentaram estabilidade de 2006 a 2012 (APC=0,8; IC95%: -0,5; 2,1), sucedida por tendência de redução anual de 8,9% (IC95%: -16,1; -1,1), entre 2012 e 2015, e estabilidade de 2015 a 2018 (APC= 2,9; IC95% -1,4; 7,5) (Figura 2).

A cobertura nacional por CAPS apresentou um aumento anual médio de 7,4% (IC95%: 6,5; 8,5) em todo o período estudado. Foram identificados pontos de inflexão, com tendências de aumento anual de 10,5% (IC95%: 9,3; 11,7), entre 2006 e 2012, e 5,8% (IC95%: 3,3; 8,4), de 2012 a 2016, seguidas por estabilidade no período de 2016 a 2018 (APC= 2,0; IC95%: -2,4; 6,7) (Figura 3).

Identificou-se um crescimento no número de municípios com registro de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA, elevando-se de 3.810 municípios em 2006 (68,5%), para 4.267 em 2018 (76,5%). A descrição e comparação das medianas de características demográficas, socioeconômicas e assistenciais dos municípios segundo registro de hospitalização, indicou que localidades com hospitalizações possuíam maior renda média per capita, menor taxa de analfabetismo, maior taxa de urbanização e menor cobertura por Atenção Básica à Saúde, com diferenças estatisticamente significantes para estes indicadores (Tabela 2).

Os modelos brutos da análise de regressão binomial negativa demonstraram uma associação positiva entre a cobertura Adequada de CAPS e as taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA, apresentando taxas 7% maiores que municípios com

cobertura Inadequada. A associação foi negativa com as taxas de hospitalização para todos os transtornos, estimando-se taxas 5% menores em municípios com cobertura Adequada e 20% menores naqueles com cobertura Adequada com CAPS 24 horas, comparando-se com municípios com cobertura Inadequada (Tabela 2).

Com o ajuste dos modelos pelas covariáveis, ambas as taxas de hospitalização apresentaram associação negativa com a cobertura por CAPS. Municípios com cobertura Adequada apresentaram redução de 12% nas taxas por transtornos devidos ao uso de SPA e 17% nas taxas por todos os transtornos. Nessa mesma ordem, municípios com cobertura Adequada com CAPS 24 horas exibiram taxas 35% e 40% menores, quando comparados com municípios com cobertura Inadequada (Tabela 2).

Após inserção da variável para controle do efeito temporal, as taxas de hospitalização por SPA exibiram associação negativa em municípios com cobertura Adequada e disponibilidade de CAPS 24 horas, atingindo redução de 19%, porém sem associação identificada naqueles cuja cobertura Adequada não contemplava CAPS 24hs. A associação negativa se manteve para todos os transtornos nas duas categorias de cobertura, com taxas 3% menores naqueles com cobertura Adequada e 23% menores naqueles cuja cobertura Adequada incluía CAPS 24 horas. (Tabela 2).

## **DISCUSSÃO**

Verificou-se um aumento da cobertura por CAPS e estabilidade nas tendências de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas e por todos os Transtornos Mentais e Comportamentais no Brasil, entre 2006 e 2018. A cobertura Adequada de CAPS se associou à redução nas taxas globais de hospitalização, observando-se que a presença de CAPS 24 horas reduziu as taxas de hospitalização por transtornos decorrentes do uso de SPA, incrementando o efeito de redução das taxas por todos os transtornos mentais

Achados similares foram observados em estudo realizado nas capitais do Rio de Janeiro e São Paulo, entre os anos de 2008 e 2015. Embora investigassem a população geral e utilizassem outro método de análise, constatou-se uma associação entre o aumento da cobertura de CAPS e a redução do número de hospitalizações por todos os transtornos mentais, exceto naquelas decorrentes do uso de SPA. No presente estudo, foi observada

redução das hospitalizações por uso de SPA quando considerada a presença de CAPS 24h. Segundo as autoras, a redução das hospitalizações associada à implantação satisfatória dos CAPS condiz com as repercussões esperadas da Reforma Psiquiátrica, ratificando a importância de uma política de saúde mental fundamentada na atenção psicossocial.<sup>15</sup>

A tendência de estabilidade das taxas de hospitalização se assemelhou a resultados encontrados em estudo realizado nas regiões de Castilla e León, Espanha. Utilizando-se da análise de regressão segmentada para examinar as tendências de hospitalização de menores de 18 anos por diagnóstico psiquiátrico entre 2005 e 2015, identificou-se estabilidade nas taxas de hospitalização por transtornos pelo uso de SPA, com uma variação percentual anual sem significância estatística.<sup>23</sup>

O aumento inicial das taxas de hospitalização por transtornos devidos ao uso de SPA pode refletir a existência de demanda reprimida que passou a ser acolhida com a implantação e expansão de dispositivos comunitários de saúde mental, representados principalmente pelos CAPS, pois, no contexto das políticas de saúde mental infantojuvenil, somente com a instauração desses dispositivos houve a efetivação da atenção psicossocial para esta população.<sup>1,3</sup>

Os CAPS também se constituem como primeiros dispositivos territoriais direcionados a pessoas com necessidades por uso de SPA, formalizando para essa população uma oferta de cuidado no setor saúde e ampliação do acesso aos serviços diversos.<sup>24</sup> Verificando-se os atendimentos realizados em CAPS entre os anos de 2008 e 2012, identificou-se uma elevação das taxas nacionais de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos por uso de SPA, passando de 39,6 atendimentos por 100 mil habitantes em 2008, para 76,7 atendimentos/100 mil habitantes em 2012, corroborando a suposição de que o aumento inicial das hospitalizações decorre, em parte, da ampliação ou implantação dos novos dispositivos e do provável acolhimento atendimento dessa demanda.<sup>25</sup>

Pressupõe-se também que modificações nas políticas públicas sobre drogas trouxeram maior visibilidade ao consumo e consumidores de determinadas SPA, a exemplo da cocaína fumada (*crack*), reforçando a perspectiva do risco e estigma de periculosidade/ agressividade estimulando, portanto, as hospitalizações. Iniciativas como o “Programa Crack é Possível Vencer” previa a ampliação do financiamento e das ações de prevenção e tratamento, estimulava também a repressão e criminalização do uso,

favorecendo internações compulsórias e exclusão social, expressando uma contradição entre as políticas públicas de saúde e de segurança.<sup>26</sup>

Em pesquisa etnográfica que objetivou caracterizar e conhecer os motivos da hospitalização de crianças e adolescentes num estabelecimento psiquiátrico do estado de São Paulo em 2013, verificou-se a predominância de internações involuntárias e por determinações judiciais, justificadas em sua maioria por quadros de agressividade, alteração do comportamento e relatos de uso de SPA. Refletindo sobre aspectos históricos da atenção, as autoras apontam que as internações foram geradas num cenário de enfraquecimento de vínculos sociais, baixa cobertura por serviços de saúde, conflitos no território, insuficiência de leitos em hospitais gerais para atenção integral a saúde mental e CAPS 24 horas, consistindo em práticas de controle e tutela no lugar de práticas de cuidado desta população.<sup>16</sup>

O efeito observado dos CAPS III e ADIII na redução das hospitalizações reafirma a importância da implantação desses dispositivos para superação do modelo assistencial manicomial/ asilar. O funcionamento nas 24 horas com leitos para retaguarda clínica, acolhimento noturno, cuidado contínuo e articulação com o território, conferem a esses dispositivos capacidade instalada para tornar as hospitalizações psiquiátricas obsoletas, evitando também a exclusão e medicalização geradas por elas.<sup>27</sup>

Tornam-se indispensáveis políticas e intervenções sociais para a ampliação de serviços, aplicação adequada de recursos e incorporação de uma abordagem de saúde pública para atender as necessidades da população.<sup>6, 28</sup> Cabe reconhecer também que determinantes como renda, desigualdade social, discriminação, insegurança alimentar, habitação, violência, racismo, pobreza, trabalho infantil e dificuldades de acesso a bens e serviços no território, impactam a saúde mental, influenciando a existência de fatores de risco ou proteção, resiliência ou vulnerabilidade relacionados tanto ao desenvolvimento de transtornos por uso de SPA como a implantação das políticas de saúde mental voltadas para essa população.<sup>9,10, 29, 30</sup>

O uso de dados secundários pode ser apontado como principal limitação deste trabalho, impossibilitando maior detalhamento e controle dos procedimentos de coleta, obtenção de dados faltantes e inclusão de outras dimensões para análise. Reconhece-se a deficiência das técnicas de interpolação e extrapolação dos dados socioeconômicos municipais, já que se assume um padrão que pode não existir nos dados originais.

Admite-se a restrição do uso do indicador cobertura potencial, por fazer referência aos recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização da assistência e não ao

trabalho que foi efetivamente realizado, assim como da classificação adotada pelo Ministério da Saúde que considera adequada cobertura a partir de 0,5 CAPS/ 100 mil habitantes, ainda que a conformação ideal seja a proporção de um CAPS a cada 100 mil habitantes.

A escassez de publicações sobre a temática abordada e que utilizaram métodos quantitativos restringiu a comparação dos resultados, ao mesmo tempo que demonstra a relevância deste estudo. Reconhecemos a necessidade de pesquisas que utilizem outras estratégias metodológicas, especialmente que permitam o acompanhamento e verificação dos desfechos em nível individual.

Recomenda-se o fortalecimento e ampliação dos dispositivos de atenção psicossocial, com priorização da implantação de CAPS Infantojuvenis e CAPS com funcionamento 24 horas (CAPS III/ AD III), Serviços Hospitalares de Referência e Unidades de Acolhimento Infantojuvenis, assim como o desenvolvimento de políticas intersetoriais que propiciem a melhoria dos indicadores sociais e superação da lógica de institucionalização, garantindo direitos e promovendo efetivamente a saúde mental na infância e juventude.

## **REFERÊNCIAS**

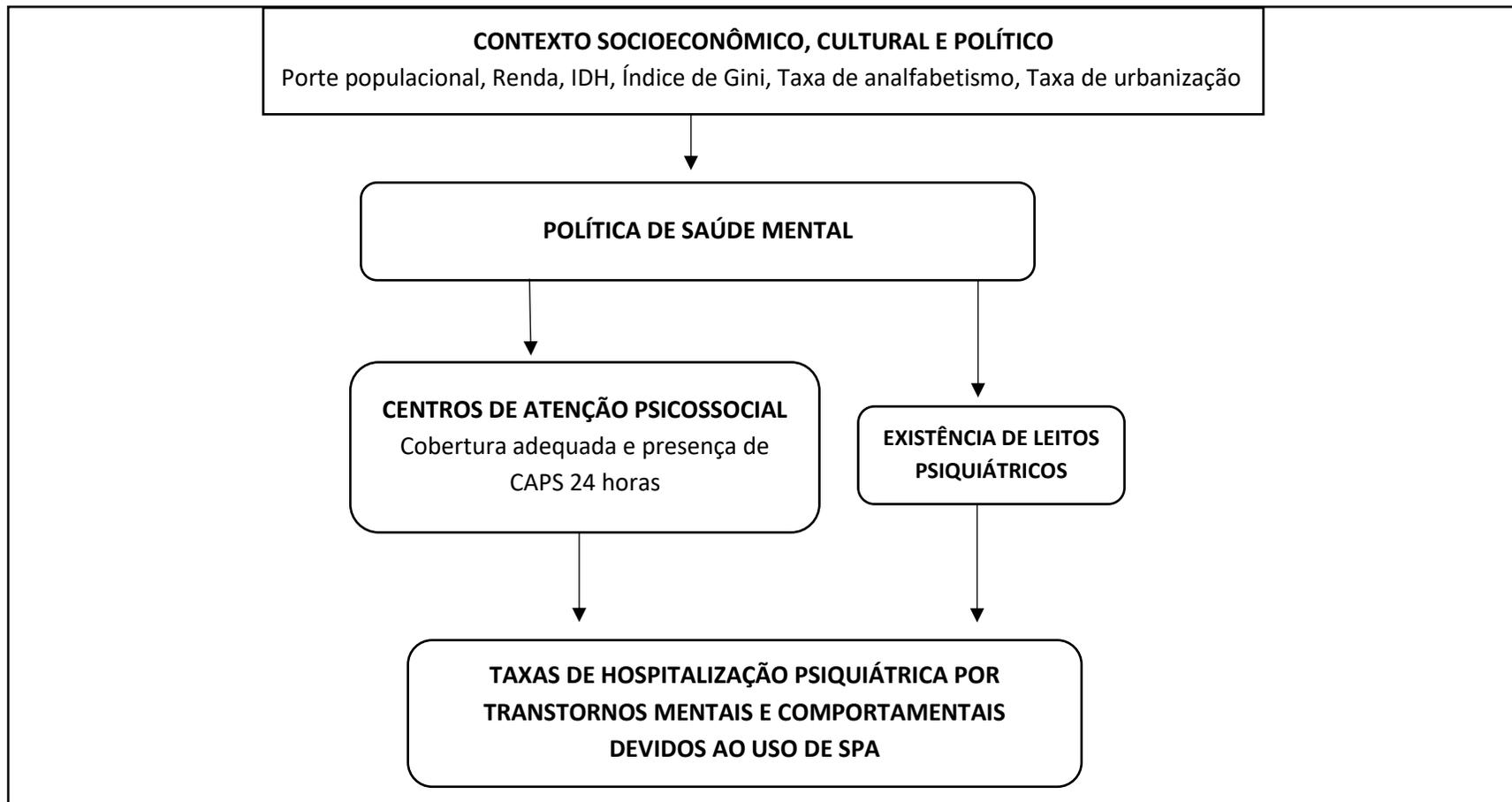
1. COUTO, MCV; DELGADO, PGC. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clin.* 2015; 27(1): 17-40. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso)>.
2. RIZZINI, I; RIZZINI, I. A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.
3. BRASIL. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>>.
4. BRASIL. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015, Brasília, 2015. Disponível em

- <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>.
5. MACEDO, JP; FONTENELE, MG; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 121-131, abr. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100007&lng=pt&nrm=iso)>
  6. HALL, W.D; PATTON, G.; STOCKINGS, E.; WEIER, M.; LYNSKEY, M.; MORLEY, K. I; DEGENHARDT, L. Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 3, No. 3, 03.2016, p. 265–279. Disponível em <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)00013-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)00013-4.pdf)>.
  7. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020. Oct 17;396(10258):1223-1249. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext)>.
  8. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1204-1222. Erratum in: *Lancet*. 2020 Nov 14;396(10262):1562. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)>.
  9. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2018* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). Disponível em <[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_4\\_YOUTH.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf)>.
  10. MIRZA, KAH; SUDESH, RM.; MIRZA, S. In.: SKUSE, D. ET AL. *Child psychology and psychiatry: frameworks for practice*. 2th Edition. Oxford: John Wiley and Sons. 2011.
  11. HADLAND, SE ET AL. Evidence-Based Treatment of Young Adults With Substance Use Disorders. *Pediatrics* Jan 2021, 147 (Supplement 2). Disponível em <[https://pediatrics.aappublications.org/content/147/Supplement\\_2/S204](https://pediatrics.aappublications.org/content/147/Supplement_2/S204)>.

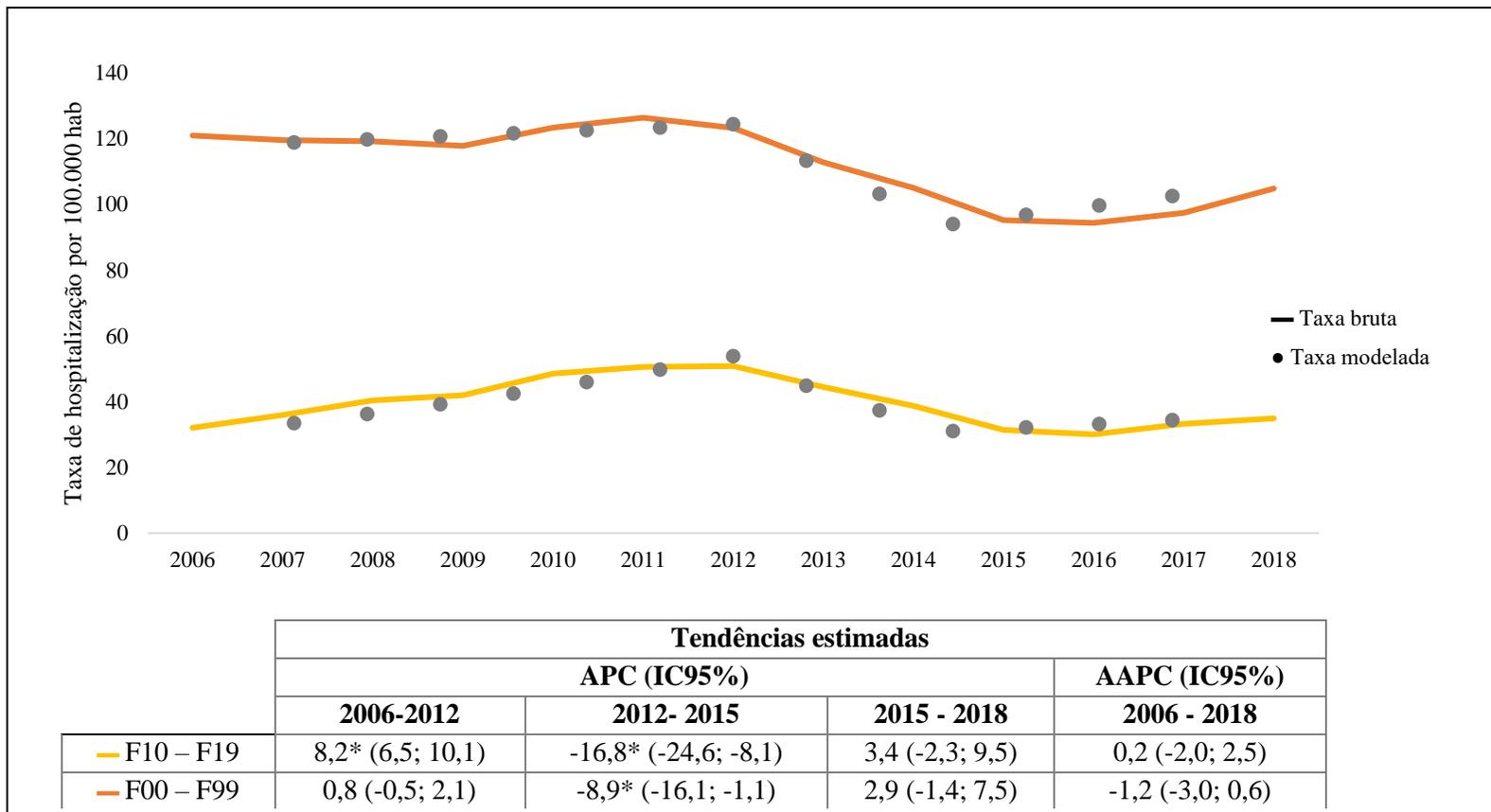
12. BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
13. BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2011. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.htm)>
14. MACHADO, DB ET AL. Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. *Adm Policy Ment Health*. 2018 May;45(3):381-391. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-017-0830-1>>.
15. MILIAUSKAS, CR ET AL. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 5, pp. 1935-1944. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>>. Epub 30 Maio 2019.
16. BRAGA C.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):33-44. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/33-44/pt>>.
17. VINCENTIN, M.C.G; BLIKSTEIN, F. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um analisador da reforma em saúde mental. In: SURJUS, L.T.L.S; MOYSÉS, M.A.A. *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. (2019). Santos: Unifesp/Abrasme. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/1dI0qUGf583yvZTXYLngsOeqGSo1vLT56/view>>
18. ONOCKO-CAMPOS, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso)>.
19. BRASIL. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

- Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015\\_2edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf).
20. Joinpoint Regression Program, Version 4.9.0.0 – March 2021; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Disponível em <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint>.
  21. KIM, HJ; FAY, MP; FEUER, EJ; MIDTHUNE, DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. (2000). *Statistics in Medicine*; 19:335-351: (correction: 2001; 20:655). Disponível em <https://europepmc.org/article/med/10649300> >.
  22. WOOLDRIDGE, JM. *Introductory Econometrics: A Modern Approach*. 5th Edition, South-Western Pub, Mason, 2013.
  23. LLANES-ÁLVAREZ, C., ANDRÉS-DE LLANO, J. M., ÁLVAREZ-NAVARES, A. I., PASTOR-HIDALGO, M. T., RONCERO, C., & FRANCO-MARTÍN, M. A. Trends in Psychiatric Hospitalization of Children and Adolescents in Spain between 2005 and 2015. (2019). *Journal of clinical medicine*, 8(12), 2111. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947568/>.
  24. BRASIL. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf) >.
  25. CONCEICAO, DS; ANDREOLI, SB; ESPERIDIÃO, MA; SANTOS, DN. *Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012*. (2018) *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 27, n. 2, e2017206. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso)
  26. TEIXEIRA, MB ET AL. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. (2017). *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 22, n. 5, pp. 1455-1466. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.
  27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do

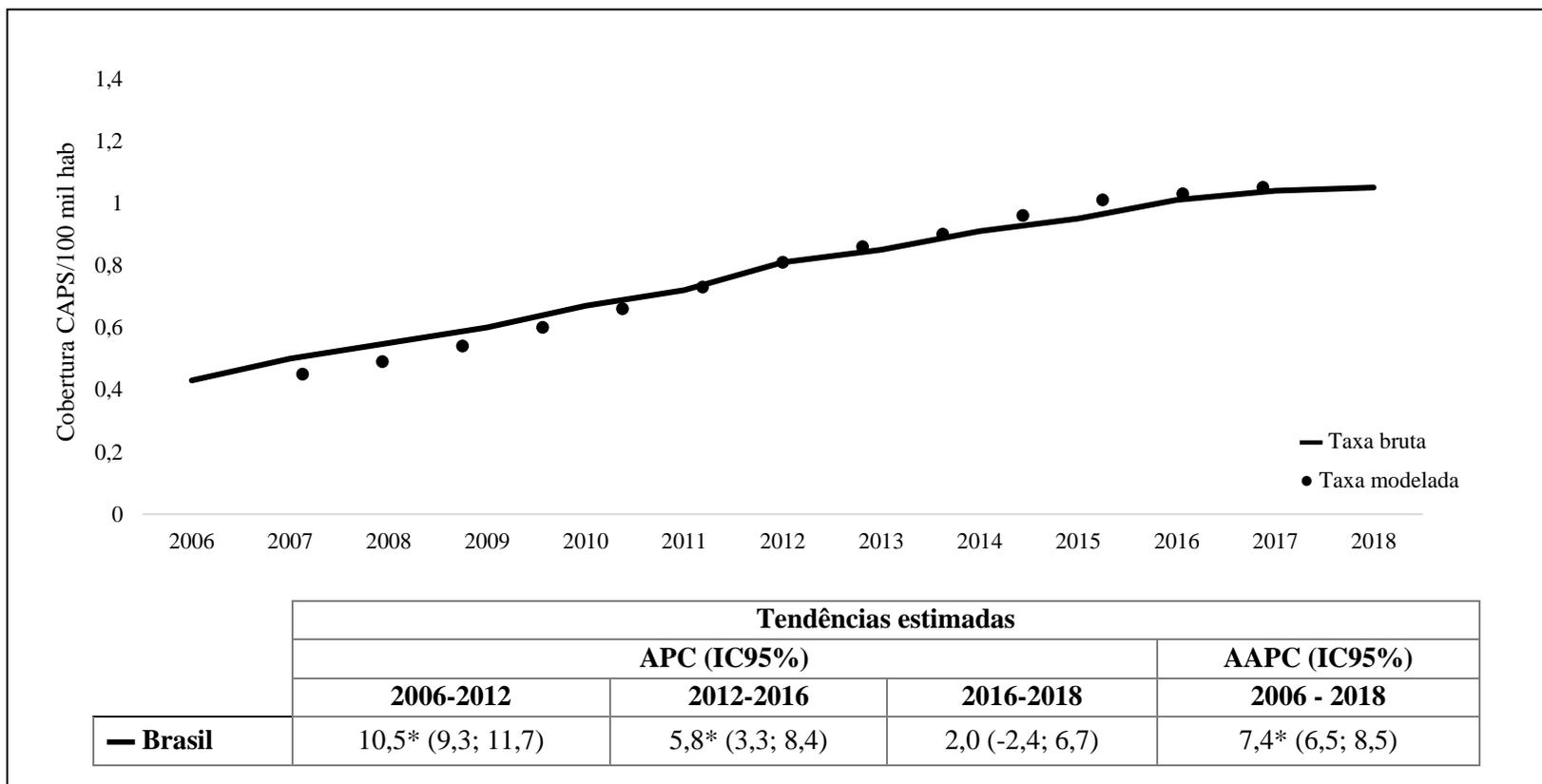
- Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)>.
28. RATHOD, S ET AL. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health services insights* vol. 10 1178632917694350. 28 Mar. 2017. Disponível em <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1178632917694350>>.
29. ZIMMERMAN, A ET AL. The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health* 2021;6:e004661. Disponível em <<https://gh.bmj.com/content/6/4/e004661>>.
30. ALEGRÍA, M ET AL. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Reports*. Sep 17;20(11):95. 2018. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30221308/>>.



**Figura 1.** Modelo teórico



**Figura 2.** Tendência das taxas de hospitalização de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19) e todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 – F99) no Brasil, 2006 a 2018, (por 100.000 habitantes). APC, *Annual Percent Change*, AAPC, *Average Annual Percent Change*, IC, Intervalo de Confiança .



**Figura 3.** Tendência da cobertura por Centros de Atenção Psicossocial, Brasil, 2006 a 2018 (por 100.000 habitantes). APC, *Annual Percent Change*, AAPC, *Average Annual Percent Change*, IC, Intervalo de Confiança.

**Tabela 1.** Mediana das características demográficas, socioeconômicas e assistenciais dos municípios brasileiros, com e sem registros de hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19), 2006 a 2018.

	<b>Ano</b>					
	2006		2012		2018	
	Não (N=1.754)	Sim (N=3.810)	Não (N=1.355)	Sim (N=4.210)	Não (N=1.303)	Sim (N=4.267)
População	11.729	10.148*	11.404	10.959	12.609	11.295*
Renda	333,46	443,24*	394,08	525,79*	533,19	588,53*
Índice de Gini	0,52	0,51*	0,49	0,48*	0,45	0,45
Taxa de analfabetismo	19,36	13,85*	16,41	11,30*	10,14	9,10*
Taxa de urbanização	59,08	64,19*	61,58	67,96*	66,40	71,19*
Cobertura por ABS	97,36	92,85*	100	100*	100	100*

\*valor p <0,05.

**Tabela 2.** Análise da associação entre cobertura por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitalizações de adolescentes e jovens por Transtornos devidos ao uso de Substâncias Psicoativas (F10- F19) e todos os Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99), Brasil 2006 a 2018.

	Taxas de hospitalização					
	Substâncias (F10-F19)			Todos (F00-F99)		
	RR bruto (IC95%)	RR ajustado (IC95%)	RR ajustado (IC95%)	RR bruto (IC95%)	RR ajustado (IC95%)	RR ajustado (IC95%)
<b>Cobertura por CAPS</b>						
Inadequada	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Adequada	1,07(1,03–1,10)*	0,88 (0,86–0,91)*	1,04 (1,01-1,08)	0,95(0,93-0,98)*	0,83 (0,81–0,84)*	0,97 (0,95-0,99)*
Adequada CAPS 24h	1,00(0,94–1,06)	0,65 (0,61–0,69)*	0,81 (0,76-0,86)*	0,80(0,77–0,84)*	0,60 (0,58–0,63)*	0,77 (0,74-0,80)*
<b>Leitos psiquiátricos</b>						
Não possui		1,00	1,00		1,00	1,00
Possui leito		1,29 (1,24– 1,34)*	1,28 (1,23-1,33)*		1,21 (1,17–1,24)*	1,20 (1,17-1,24)*
<b>Cobertura por ABS</b>		1,00 (1,00 –1,00)	1,00 (1,00-1,00)		1,00 (1,00–1,00)	1,00 (1,00-1,00)
<b>Renda</b>		1,00 (1,00 –1,00)	1,00 (1,00-1,00)		1,00 (1,00 – 1,00)	1,00 (1,00-1,00)
<b>Índice de Gini</b>		0,13 (0,10 –0,16)*	0,04 (0,03-0,05)*		0,16 (0,14–0,19)*	0,05 (0,43-0,61)*
<b>Analfabetismo</b>		0,97 (0,96 –0,97)*	0,97 (0,97-0,97)*		1,00 (1,00–1,00)	1,01 (1,00-1,00)
<b>Urbanização</b>		1,00 (1,00 –1,00)	1,00 (1,00-1,00)		1,00 (1,00–1,00)	1,00 (1,00-1,00)
<b>Ano</b>						
2006			1,00			1,00
2007			1,05 (0,99-1,10)			0,94 (0,91-0,97)*
2008			1,11 (1,05-1,17)*			0,89 (0,86-0,92)*
2009			0,98 (0,93-1,03)			0,81 (0,79-0,84)*
2010			1,15 (1,09-1,21)*			0,86 (0,83-0,89)*
2011			1,15 (1,09-1,21)			0,85 (0,82-0,88)*
2012			1,09 (1,04-1,15)			0,80 (0,77-0,83)*
2013			0,95 (0,90-1,00)			0,70 (0,67-0,72)*
2014			0,81 (0,76-0,85)*			0,66 (0,64-0,68)*
2015			0,64 (0,60-0,67)*			0,57 (0,55-0,59)*
2016			0,59 (0,55-0,62)*			0,55 (0,53-0,57)*
2017			0,61 (0,58-0,65)*			0,54 (0,52-0,56)*
2018			0,64 (0,60-0,67)*			0,56 (0,54-0,58)*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente tese, identificou-se uma expansão nacional do número de Centros de Atenção Psicossocial entre os anos de 2006 e 2018, evoluindo de forma progressiva e desigual entre as unidades federativas e regiões geográficas. Observou-se também a estabilidade das taxas e manutenção do seu perfil demográfico e nosológico das hospitalizações de adolescentes jovens por transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de SPA, com redução das internações em hospitais psiquiátricos e aumento em hospitais gerais.

Entre os principais achados, destaca-se a associação entre a implantação de CAPS 24 horas e a redução das taxas de hospitalização por transtornos decorrentes do uso de SPA, assim como a relação entre a cobertura adequada e a diminuição das hospitalizações por todos os transtornos mentais e comportamentais. Esses resultados reforçam a importância desses dispositivos para substituição do modelo assistencial manicomial/ asilar.

Indica-se a realização de estudos que utilizem outras estratégias metodológicas, especialmente que permitam o acompanhamento e verificação dos desfechos em nível individual. Recomenda-se a priorização da implantação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e com funcionamento 24 horas (CAPS III e ADIII), Unidades de Acolhimento, Serviços Hospitalares de Referência e iniciativas de geração de renda voltadas à população infantojuvenil, componentes estratégicos para o fortalecimento e ampliação da atenção psicossocial. Sugere-se também o desenvolvimento de políticas intersetoriais que propiciem a melhoria dos indicadores sociais e superação da lógica de institucionalização, garantindo direitos e promovendo efetivamente a saúde mental na infância e juventude.

## REFERÊNCIAS

ALEGRÍA, M ET AL. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Reports*. Sep 17;20(11):95. 2018. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30221308/>>.

ALMEIDA, JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&lng=en&nrm=iso)>.

AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

AMARANTE, P; NUNES, MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, Jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 de setembro de 2018.

ANDRADE, T M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, Dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 de agosto de 2016.

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre, Artmed, 2014.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); Conselho Federal de Medicina (CFM). Nota de 20 de setembro de 2017. Assistência psiquiátrica no Brasil. Brasília, 2017. Disponível em <[https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/nota\\_abp-cfm.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/nota_abp-cfm.pdf)>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

BALBINOT, AD; HORTA, RL; COSTA, JS; ARAÚJO, RB; POLETTO, S; TEIXEIRA, MB. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50: 26. Disponível em <<http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/hospitalizacoes-por-uso-de-drogas-nao-se-alteram-com-uma-decada-de-reforma-psiquiatrica/>>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

BALBINOT, AD. Psychiatric hospitalizations due to alcohol and drug consumption among young people in Ceará, Brazil. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 37, n. 1, apr. 2017. ISSN 2357-9730. Disponível em <<https://seer.ufg.br/hcpa/article/view/67085>>. Acesso em 04 de janeiro de 2018.

BALBINOT, AD; HAUBERT, A; TEIXEIRA, MB. Hospitalizações de crianças e adolescentes por uso de substâncias psicoativas no Rio Grande do Sul entre 2000 e

2012. In: Anais da Mostra de Iniciação Científica do CESUCA; 2014; Cachoeirinha. Cachoeirinha: CESUCA; 2014. Disponível em <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/issue/view/39>>. Acesso em 04 de janeiro de 2018.

BARBUIC ET AL. Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet. Psychiatry*, 2020 Feb;7(2):162-172. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30511-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30511-5/fulltext)>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

BELLA, M. E; VILLACÉ, B; LOPEZ DE NEIRA, M; ACOSTA, L. D; LUCCHESI, M. S; COMETTO, M. C; BURRONE, M. S; GALLO, V; FERNÁNDEZ, R; ENDERS, JE. Hospitalización por trastornos mentales y consumo de sustancias en adolescentes: 2005-2006 / Hospitalization due to mental disorders and substance consumption in argentine adolescents: 2005-2006. Disponível em <[http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12\\_2\\_07\\_Hosp%20Trastornos%20mentales%20y%20consumo%20de%20sustancias.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12_2_07_Hosp%20Trastornos%20mentales%20y%20consumo%20de%20sustancias.pdf)>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

BONADIMAN, CSC ET AL. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [online]. 2017, vol.20, suppl.1, pp.191-204. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500191&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500191&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

BORDIN, I. A.S; PAULA C. S. Estudos Populacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros. In: Mello, M.F.; Mello, A.A.F; Kohn, R. Org. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

BOUTHORN, SH; VAN HOOFF, JJ; VAN DER LELY, N. Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: Characteristics and gender differences. *Eur J Pediatr*. 2011;170(8):1023–30. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21286749>>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

BRAGA, C P. A permanência da prática de internação de crianças e adolescentes em instituição psiquiátrica em um cenário de avanços da reforma psiquiátrica: o circuito do controle. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-06112015-153850/pt-br.php>>. Acesso em: 07 de maio de 2018.

BRAGA C.P.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):33-44. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/33-44/pt>>. Acesso em: 07 de maio de 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.083, de 1º de dezembro de 1926. Institui o Código de Menores. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Historicos/DPL/DPL5083.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL5083.htm). Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm). Acesso em 06 de dezembro de 2015.

BRASIL. Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Diário Oficial da União 1971; 1 nov. Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1976; 22 out. Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001b. Dispõe sobre a modalidade de assistência Hospital Dia. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044\\_10\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html). Acesso em 28 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002a. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002b. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002. Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1947, de 10 de outubro de 2003a. Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, e dá outras providências. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1947\\_10\\_10\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1947_10_10_2003.html). Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em 10 de abril de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004a. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)>. Acesso em 28 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004b. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_2197.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_2197.pdf)>. Acesso em: 28 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)>.

\_\_\_\_\_. 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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, novembro de 2005a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em 15 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2018.

\_\_\_\_\_. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005c.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005d. Regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Diário Oficial da União 2005. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)>. Acesso em 28 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 24 ago. Disponível

em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em 28 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Relatório brasileiro sobre drogas. IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009a. Disponível em <<https://obid.senad.gov.br/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacao-geral/rdb-2009-pt.pdf>>. Acesso em 14 de maio de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.644/GM, de 28 de outubro de 2009b. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644\\_28\\_10\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html)>. Acesso em 28 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009c. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em 11 de setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. 2010. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841\\_20\\_09\\_2010\\_comp.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.htm)>. Acesso em 11 de setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume14.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume14.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.058, 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. Diário Oficial da União 2011a. 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 05 de março de 2018.

\_\_\_\_\_. 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 2011b. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 06 de dezembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012a. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas

(Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-121-25--JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012b. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em 30 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012c. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)>. Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012d. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)>. Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. 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). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html)>.

\_\_\_\_\_. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em 12 de novembro de 2018.

\_\_\_\_\_. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil - recomendações: de 2005 a 2012. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

\_\_\_\_\_. Centros 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: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)>. Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>. Acesso em 14 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <[http://189.28.128.100/sispacto/SISPACTO\\_Caderno\\_Diretrizes\\_Objetivos\\_2013\\_2015\\_3edicao.pdf](http://189.28.128.100/sispacto/SISPACTO_Caderno_Diretrizes_Objetivos_2013_2015_3edicao.pdf)>. Acesso em 29 de janeiro de 2018.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015, Brasília, 2015d. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em 07 de novembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016a. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>>. Acesso em 30 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016b. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em 16 de outubro de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.588,21 de dezembro de 2017a. 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. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em 22 de dezembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MJSP e MS e MDS e MT nº 2, de 21 de dezembro de 2017b. Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Disponível em

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/12/2017&jornal=515&pagina=104>>. Acesso em 22 de dezembro de 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019a. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. 2019b. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em <<http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental/nota-tecnica-no-11-2019-cgmad-dapes-sas-ms>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019c. Altera as Leis n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm)>.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União. Publicado em: 28/07/2020, Edição: 143, Seção: 1, Página: 29. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>.

CARLINI, EA; NOTO, AR; SANCHEZ, ZM; CARLINI, CMA; LOCATELLI, DP; ABEID LR, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino das 27 Capitais Brasileiras - 2010. São Paulo: CEBRID; 2010. Disponível em <<https://obid.senad.gov.br/biblioteca/publicacoes/vi-levantamento-nacional-sobre-o-consumo-de-drogas-psicotropicas-entre-estudantes-do-ensino-fundamental-e-medio-das-redes-publica-e-privada-de-ensino-nas-27-capitais-brasileiras.pdf/view>>. Acesso em 08 de maio de 2017.

CASTELLANOS-RYAN, N; O'LEARY-BARRETT, M; CONROD, PJ. Substance-use in Childhood and Adolescence: A Brief Overview of Developmental Processes and their Clinical Implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22:1, February 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23390432>> Acesso em 13 de março de 2016.

CEBALLOS, G. Y. ET AL. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. (2019). *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 138-147. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462019000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000200007)>. Acesso em

CONCEIÇÃO, DS; ANDREOLI, SB; ESPERIDIÃO, MA; SANTOS, DN. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 27, n. 2, e2017206, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200300&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de maio de 2018.

Conselho Federal de Psicologia- CFP (Brasil). Relatório de inspeções: 2018. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. Disponível em <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3\\_ly\\_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final\\_v2Web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiq-ContraCapa-Final_v2Web.pdf)>. Acesso em 26 de abril de 2021.

\_\_\_\_\_. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em 26 de abril de 2021.

\_\_\_\_\_. Nota do Conselho Federal de Psicologia sobre o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/09/aqui.pdf>>. Acesso em 25 de setembro de 2020.

Conselho Nacional de Saúde – CNS (Brasil). Recomendação conjunta nº 001, de 04 de agosto de 2020. O CNS, CONANDA e CNDH recomendam medidas em sentido contrário à regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas (CTs), entre outras providências. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/RecConjunta001.pdf>>. Acesso em 25 de setembro de 2020.

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COUTO, MCV; DELGADO, PGC. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clin.* 2015; 27(1): 17-40. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 de fevereiro de 2018.

CRUZ, NFO; GONÇALVES, RW.; DELGADO, PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300509&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 de fevereiro de 2021.

DEGENHARDT, L; STOCKINGS, E; PATTON, G; HALL, WD; LYNSKEY, M. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. Mar; 3(3): 251–264. 2016. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00508-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00508-8/fulltext)>. Acesso em 12 de abril de 2018.

ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg Disponível em <[http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878\\_EN\\_04.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf) >. Acesso em 06 de setembro de 2021.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, LA.; ALMEIDA, ARB; NERY FILHO, A. (Orgs.) et al. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. – Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

FAHIMI, J.; AURRECOECHEA, A.; ANDERSON, E.; HERRING, A.; ALTER, H. Substance abuse and mental health visits among adolescents presenting to us emergency departments. *Pediatr. Emerg. Care*. 2015;31:331–338. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417003/>>. Acesso em 27 de novembro de 2017.

FERNANDES, CJ ET AL. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00049519, 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000405007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405007&lng=en&nrm=iso)>

FERNANDEZ, EA; SAKAE, TM; MAGAJEWSKI, FRL. Análise do perfil das internações hospitalares por drogadição em Santa Catarina entre 1998-2015. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2018 jul.-set. 47(3):16-37. Disponível em <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/916031/306-959-1-ce-formatado.pdf>>. Acesso em 31 de março de 2019.

Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. *Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil*. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian; 2015. Disponível em <<https://www.mpms.mp.br/portal/download.php?codigo=40590> >.

GARCIA, GYC; SANTOS, DN; MACHADO, DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(12):2649-2654, dez, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2649.pdf> >. Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

GBD 2017 Child and Adolescent Health Collaborators. REINER, R.C. ET AL. *Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study*.

(2019). JAMA Pediatrics, 173(6):e190337. Disponível em <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2732143>>.

GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020a. Oct 17;396(10258):1223-1249. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext)>.

\_\_\_\_\_. Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020b. Oct 17;396(10258):1204-1222. Erratum in: Lancet. 2020b Nov 14;396(10262):1562. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)>.

GONÇALVES, RW; VIEIRA, FS; DELGADO, PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, Feb. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 de setembro de 2018.

GONCALVES, VM ET AL. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 16-18, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000100003&lng=en&nrm=iso)>.

GUJARATI, DN.; PORTER, DC. Basic econometrics 5th edition. 2008, The McGraw-Hill Companies, Inc., New York, NY, EUA.

HADLAND, SE ET AL. Evidence-Based Treatment of Young Adults With Substance Use Disorders. Pediatrics Jan 2021, 147 (Supplement 2). Disponível em <[https://pediatrics.aappublications.org/content/147/Supplement\\_2/S204](https://pediatrics.aappublications.org/content/147/Supplement_2/S204)>. Acesso em 08 de agosto de 2021.

HALL, W.D; PATTON, G.; STOCKINGS, E.; WEIER, M.; LYNSKEY, M.; MORLEY, K. I; DEGENHARDT, L. Why young people's substance use matters for global health. The Lancet Psychiatry, Vol. 3, No. 3, 03.2016, p. 265–279. Disponível em <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(16\)00013-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(16)00013-4.pdf)>. Acesso em 13 de março de 2018.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, Mar. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

HORTA, RL; COSTA, JS; BALBINOT, AD; WATTE, G; TEIXEIRA, VA; POLETTO, S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011.

Rev. bras. epidemiol. 2015; 18(4):918-929. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000400918&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400918&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 de janeiro de 2018.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013. Disponível em <[http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf)>. Acesso em 27 de agosto de 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores: 2018. (2019).

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muñiz (INPRFM). Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017: Reporte de Alcohol. Villatoro- Velázquez ET. AL. Ciudad de México: INPRFM, 2017. Disponível em <<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>>. Acesso em 14 de maio de 2018.

JOHNSTON, L.D.; MIECH, R. A.; O'MALLEY, P. M.; BACHMAN, J. G.; SCHULENBERG, J. E.; PATRICK, M. E. Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2017: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. 2018. Disponível em <<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2017.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2018.

JOHNSTON, L.D.; O'MALLEY, P.M.; MIECH, R.A.; BACHMAN, J.G.; SCHULENBERG, J.E. Demographic subgroup trends among adolescents in the use of various licit and illicit drugs, 1975–2016 (Monitoring the Future Occasional Paper No. 88). Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan. 2017. Disponível em <<http://www.monitoringthefuture.org/pubs/occpapers/mtf-occ88.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2018.

Joinpoint Regression Program, Version 4.8.0.1 - April 2020; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.

KIM, HJ; FAY, MP; FEUER, EJ; MIDTHUNE, DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. (2000). *Statistics in Medicine*; 19:335-351: (correction: 2001; 20:655). Disponível em <<https://europepmc.org/article/med/10649300>>.

LIMA, ICBF; BARROS, CR.; MELO, GF; PASSOS, ICF. Impactos da política de drogas para crianças, adolescentes e jovens: a redução de danos como possibilidade de intervenção psicossocial. In.: PASSOS, ICF; PENIDO, CMF. ET AL. Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: Pesquisa-Intervenção nas Redes. São Paulo: Zagodoni Editora, 2017.

LIMA, IMSO; ALVES, VS; CORREIA, LC. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: uma discussão sob o enfoque do direito à saúde. In.: TAVARES, LA; MONTES, JC. A adolescência e o consumo de drogas: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2014. Disponível em <<https://cetadobserva.ufba.br/colecao-drogas-clinica-e-cultura>>. Acesso em 13 de junho de 2018.

LIMA, RCC; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. Argumentum [on line], 4 (Julho-Dezembro), 2012. Disponível em <[http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/2013\\_Artigo\\_Enfrentamento\\_ao\\_crack\\_e\\_proibicionismo.pdf](http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/2013_Artigo_Enfrentamento_ao_crack_e_proibicionismo.pdf)>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.

LLANES-ÁLVAREZ, C., ANDRÉS-DE LLANO, J. M., ÁLVAREZ-NAVARES, A. I., PASTOR-HIDALGO, M. T., RONCERO, C., & FRANCO-MARTÍN, M. A. Trends in Psychiatric Hospitalization of Children and Adolescents in Spain between 2005 and 2015. (2019). Journal of clinical medicine, 8(12), 2111. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6947568/>>.

MACHADO, DB ET AL. Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. Adm Policy Ment Health. 2018 May;45(3):381-391. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-017-0830-1>>.

MACEDO, JP; FONTENELE, MG; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. Revista Polis e Psique, 2018; 8(1): 112 – 131. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/viewFile/80421/pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2019.

MACEDO, JP ET AL. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Saúde e Sociedade., São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100155&lng=en&nrm=iso)>.

MALTA, D.C.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; PRADO, R.R.; ANDRADE, S.S.C.; MELLO, F.C.M.; DIAS, A.J.R. ET AL. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). Revista Brasileira de Epidemiologia, 2014;17(Supl 1):46-61.

MARSHALL, E.J. Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. Alcohol and Alcoholism Vol. 49, No. 2, pp. 160–164, 2014. Disponível em

<<https://academic.oup.com/alcalc/article/49/2/160/205895>>. Acesso em 16 de abril de 2018.

MASROOR, A., ET AL. Conduct Disorder-Related Hospitalization and Substance Use Disorders in American Teens. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 9(7), 73. 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.3390/bs9070073>>. Acesso em 11 de março de 2020.

MATTOS, MJS. Crack e políticas públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, é possível vencer”. (2017). *Planejamento e Políticas Públicas*; 49:195-230. Disponível em <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/683/449>>.

MEDINA MG, NERY FILHO A, VON FLACH PM. Políticas de Prevenção e Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 479-500.

MEHROLHASSANI, M. H.; YAZDI-FEYZABADI, V.; HAJEBI, A.; MIRZAEI, S. (2019). Cross-country Comparison of Treatment Policies Facing the Drug Abuse in Five Selected Countries. *Addiction & health*, 11(2), 81–92. Disponível em <<https://doi.org/10.22122/ahj.v11i2.233>>.

MILIAUSKAS, CR; FAUS, DP; JUNKES, L; RODRIGUES, RB; JUNGER, W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica nas regiões metropolitanas do RJ e SP. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2017/Set). Disponível em <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacao-entre-internacoes-psiquiatricas-cobertura-de-caps-e-atencao-basica-nas-regioes-metropolitanas-do-rj-e-sp/16402>>. Acesso em 28 de dezembro de 2017.

MIRZA, K; MIRZA, S. Adolescent substance misuse. In: Bruce H and Skuse D (eds). *Psychiatry*. London: Elsevier, for the Medicine Publishing Group, pp. 357–62. 2008.

MIRZA, KAH; SUDESH, RM.; MIRZA, S. Substance Misuse in Young People. In.: SKUSE, D. ET AL. *Child psychology and psychiatry: frameworks for practice*. 2th Edition. Oxford: John Wiley and Sons. 2011.

MOKDAD, AH; FOROUZANFAR, MH; DAOUD, F. ET AL. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people’s health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036): 2383-2401. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00648-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00648-6/fulltext)>. Acesso em 8 de maio de 2018.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Bethesda, Md.: National Institutes of Health; 2014. NIH publication no. 14-7953. Disponível em: <<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use>>

disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2018.

New South Wales (NSW) Ministry of Health. Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines (GL2008\_009). North Sydney: NSW Health. 2008. Disponível em <[http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2008\\_009.pdf](http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2008_009.pdf)>. Acesso em 14 de junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Substance Use and Young People Framework. North Sydney: NSW Health, 2014. Disponível em: <<http://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Publications/substance-use-young-framework.pdf>>. Acesso em 16 de abril de 2018.

NUNES, ET AL. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, Dez. 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204489&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

OLIEVENSTEIN, C. Clínica do Toxicômano. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.

ONOCKO-CAMPOS, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31 de maio de 2020.

PACHECO, MVGM ET AL. Caracterização e perfil epidemiológico de um serviço de psiquiatria infantil no Recife. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 136-152, dez. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

PAES, MR ET AL. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. Ciência, cuidado & saúde, v. 12, n. 2, p. 407-412, jun. 2013. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612013000200026&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612013000200026&lng=pt&nrm=iso)>.

PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. 1 edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Caracas Declaration, Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America within the Local Health Systems, Pan-American Health Organization [PAHO]/World Health Organization [WHO], Venez., Nov. 14, 1990. Disponível em <<http://www.globalhealthrights.org/instrument/caracas-declaration/>>. Acesso em 02 de março de 2016.

PAPALIA, R.; FELDMAN, D. *Desenvolvimento Humano*. 12. edição. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PAULA, CS. ET AL. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2012, v. 34, n. 3, pp. 334-351. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.04.001>>. Epub 14 Nov 2012. Acesso em 15 de maio de 2015.

Procuradoria Federal dos Direitos Do Cidadão/ Ministério Público Federal. Nota Pública de 22 de setembro de 2017. Defende a manutenção de políticas de saúde mental pautada na desinstitucionalização psiquiátrica. Brasília, 2017. Disponível em <<http://pfdc.pgr.mpf.br/temas-de-atuacao/saude-mental/atuacao-do-mpf/nota-publica-pfdc-mpf-saude-mental-politicas-de-desinstitucionalizacao>>. Acesso em 12 de agosto de 2020.

RATHOD, S ET AL. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health services insights* vol. 10 1178632917694350. 28 Mar. 2017. Disponível em <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1178632917694350>>.

RIZZINI, I; RIZZINI, I. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

ROMER, D.; REYNA, V. F.; SATTERTHWAITTE, T. D. Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context. *Developmental Cognitive Neuroscience*, [s. l.], v. 27, p. 19–34, 2017. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929317301020?via%3Dihub>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

SANTOS, M.A; PRATTA, E.M.M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 167-182, jun. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382012000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 fevereiro de 2018.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Levantamento sobre legislação de drogas nas Américas e Europa e análise comparativa de prevalência de uso de drogas, 2015. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/news/senad-divulga-levantamento-sobre-legislacao-de-drogas-nas-americas-e-europa/leis-e-preva-final-sem-acordao.pdf>>. Acesso em 31 de março de 2019.

SOCIÉTÉ DES NATIONS. Déclaration des Droits de l'Enfant [Déclaration de Genève], 1924. Disponível em <<http://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/declaration-geneve.pdf>>. Acesso em 06 de dezembro de 2015.

TEIXEIRA, MB, ET AL . Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1455-1466, Maio 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1455.pdf>>. Acesso em 09 de setembro de 2018.

TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2016.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2017*. United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6). Disponível em <<https://www.unodc.org/wdr2017/index.html>>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

\_\_\_\_\_. *World Drug Report 2018* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). Disponível em < <https://www.unodc.org/wdr2018/>>. Acesso em 09 de setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. *World Drug Report 2019* United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8. Disponível em <[https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_1\\_EXECUTIVE\\_SUMMARY.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf)>.

THORNICROFT, G.; DEB, T.; HENDERSON, C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 276–286. 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032514/pdf/WPS-15-276.pdf> >. Acesso em 14 de agosto de 2018.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Adolescent and youth demographics: A brief overview*. 2013. Disponível em < <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/One%20pager%20on%20youth%20demographics%20GF.pdf>>. Acesso em 31 de março de 2019.

VICENTIN, MCG, ASSIS, DAD, JOIA, JH. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. *Diké*. 2015; 4(1):21-50. 2015. Disponível em <<https://seer.ufs.br/index.php/dike/article/view/3749>>. Acesso em 31 de agosto de 2018.

VINCENTIN, MCG; BLIKSTEIN, F. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um analisador da reforma em saúde mental. In: SURJUS, L.T.L.S; MOYSÉS, M.A.A. *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. (2019). Santos: Unifesp/Abrasme. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/1dI0qUGf583yvZTXYLngsOeqGSo1vLT56/view>>

VICENTIN, MCG; GRAMKOW, G; ROSA, MD. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciários. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*; 20(1), 2010. Disponível em <<https://seer.ufs.br/index.php/dike/article/view/3749>>. Acesso em 01 de maio de 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

WHITEFORD, HA; DEGENHARDT L; MURRAY CJ; VOS T; LOPEZ AD. Commentary: improving the mental health and substance use estimates in the Global Burden of Disease study: strengthening the evidence base for public policy. *International Journal of Epidemiology*, 2014, 296–301. Disponível em <<https://academic.oup.com/ije/article/43/2/296/2952124>>. Acesso em 08 de maio de 2018.

World Health Organization (WHO). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva, 1994.

\_\_\_\_\_. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf?ua=1)>. Acesso em 01 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. *International statistical classification of diseases and related health problems*. - 10th revision, edition 2010. Geneva: World Health Organization. 2016. Disponível em <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>>. Acesso em 09 de maio de 2018.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental *Saúde em Debate*, vol. 32, núm. 78-79-80, janeiro-dezembro, 2008, pp. 27-37. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2018.

ZIMMERMAN, A ET AL. The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health* 2021;6:e004661. Disponível em <<https://gh.bmj.com/content/6/4/e004661>>.