

Viver a crise em liberdade: capacidade de manejo por Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III

Marianna Martins Pierini¹; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira².

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas na modalidade III (CAPS AD III) enfrentam a desvalorização de suas práticas pelas diretrizes atuais pela falta de recursos e investimentos, o que impacta diretamente no cuidado em liberdade sustentado pelas políticas públicas de saúde mental. No intuito de contribuir com evidências a respeito dos resultados produzidos por esses serviços de modelo psicossocial, sobretudo no que diz respeito a práticas de desinstitucionalização, este estudo avaliou a capacidade de manejo de situações de crise por CAPS AD III no próprio território. Estudo de abordagem quantitativa com delineamento avaliativo e longitudinal, realizado entre fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020 inicialmente com 122 (T0) sujeitos que foram acolhidos em leitos de acolhimento noturno de dois CAPS AD III da região central do município de São Paulo. Realizamos follow-up após 14 dias (T1; n=67) e após três meses (T2; n=49) e avaliamos a capacidade do manejo de crise por um indicador anteriormente validado pela literatura. Estabelecemos como parâmetro avaliativo até 20% de encaminhamentos. Os dados foram analisados pelo programa estatístico R 3.5.1 com análises descritivas e modelo de regressão logística. O perfil dos sujeitos do estudo foi de homens (cisgêneros e transgêneros) (81,15%), solteiros (72,13%), desempregados (67,21%), de baixa renda (85,07%) e em situação de rua (80,33%). Quanto ao uso de substâncias no último mês, prevaleceu o consumo de álcool (20,8 dias) e tabaco (22,38 dias), seguido de maconha (8,83 dias) e crack (7,76 dias), com pouca alteração de frequência após o follow-up. Com relação ao manejo das situações de crise pelos CAPS, encontramos nove (13,43%) casos que necessitaram de suporte e encaminhamento para outros serviços da rede. Oito estiveram associados a demanda clínica e um resultou em internação psiquiátrica. No T2 não identificamos novos encaminhamentos (p-valor=0,470).

¹ Marianna Martins Pierini. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: marianna.pierini@usp.br

² Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: marciaap@usp.br ORCID: [0000-0002-1069-8700](https://orcid.org/0000-0002-1069-8700)

Conclui-se que os CAPS AD III são capazes de promover o cuidado à crise em liberdade, com evidente efeito na redução de internações e continuidade do cuidado na comunidade.

Palavras-chave: Intervenção na Crise; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs in modality III (CAPS AD III) face the devaluation of their practices by the current guidelines due to the lack of resources and investments, which directly impacts the care in freedom sustained by public mental health policies. In order to contribute with evidence regarding the results produced by these psychosocial services, especially with the address to deinstitutionalization practices, this study evaluated the ability to handle crisis situations by CAPS AD III at the territory. A quantitative approach study with an evaluative and longitudinal design carried out between February 2019 and February 2020 initially with 122 (T0) people who were cared for in night beds of two CAPS AD III in the central region of the city of São Paulo. We performed follow-up after 14 days (T1; n = 67) and after three months (T2; n = 49) and evaluated the crisis management capacity by an indicator previously validated by the literature. We established up to 20% of referrals as an evaluative parameter. The data were analyzed using the statistical program R 3.5.1 with descriptive analyzes and logistic regression model. The profile of the study subjects was men (cisgender and transgender) (81,15%), single (72,13%), unemployed (67,21%), low-income (85,07%), and homeless (80,33%). Regarding substance use in the last month, the consumption of alcohol (20,80 days) and tobacco (22,38 days) prevailed, followed by marijuana (8,83 days) and crack (7,76 days), with little change in frequency after follow-up. Regarding the crisis situations management by CAPS, we found nine (13.43%) cases that needed support and were referred to other services in the network. Eight were associated with clinical demand and one resulted in psychiatric hospitalization. In T2, we didn't identify new referrals (p-value = 0.470). It's concluded that CAPS AD III is capable of promoting crisis situations care in freedom, with evident impact in reducing hospitalizations and continuity of care in the community.

Keywords: Crisis Intervention; Community Mental Health Services; Health Care Outcome Assessment.

1. INTRODUÇÃO

A crise em saúde mental pode ser definida como um momento crítico de ruptura da organização do sujeito em suas dimensões psíquica, social, biológica, espiritual e/ou cultural¹. Uma crise pode ser desencadeada por diversas situações que ultrapassam os limites da pessoa e geralmente envolve mudanças, perdas, ameaças e são marcadas por intensa ansiedade, incerteza e imprevisibilidade, mas principalmente pelo sofrimento, expressado muito além da sintomatologia psiquiátrica^{2, 3}.

Na clínica de álcool e outras drogas (AOD) a crise pode ser beneficiada, ou agravada pelo efeito, ou pela falta das substâncias de consumo. Nesses casos, geralmente observa-se características específicas como: fissura (*craving*), quadros de intoxicação, overdose, sintomas de abstinência, e a intensificação da dificuldade de estabelecer relacionamento interpessoal⁴.

Embora nem sempre se qualifique como urgente, os momentos de crise demandam de acolhimento imediato de serviços especializados de saúde mental¹. Este atendimento esteve por muito tempo concentrado nos serviços hospitalares de pronto atendimento e internações, com respostas pautadas em intervenções biomédicas de longo prazo. A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) substituem os hospitais psiquiátricos e assumem os cuidados extra hospitalares, sendo o acolhimento a crise um deles⁵.

Os CAPS na modalidade III possuem em sua estrutura leitos de acolhimento noturno de funcionamento 24 horas como um potente recurso para o manejo de crises. Os leitos variam em número, a depender da especificidade da unidade, e oferecem acolhimento integral durante aproximadamente 14 dias ao mês com base na necessidade da pessoa⁶.

O Ministério da Saúde (MS) considera que “o sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos do CAPS, que é atender aos transtornos psíquicos graves e evitar internações”⁷. Contudo, este é ainda um dos pontos mais críticos na atenção à saúde mental no Brasil devido à escassez de serviços especializados e capacitados, falha na articulação entre eles e influência da família e comunidade, de modo que dificultam o manejo dos casos integralmente no território⁸. Um estudo que

caracterizou a população admitida em leitos de acolhimento noturno de um CAPS AD III mostrou que após a alta do leito de 22,6% a 36,3% dos casos retornam em novas situações de crise, enfatizando a recorrência e a complexidade no manejo desses casos⁹.

O acolhimento integral é ferramenta essencial para permitir que o usuário vivencie e atravesse o momento de crise em liberdade e sem mais prejuízos¹⁰. Quando o cuidado em crise é feito pelos CAPS é possível compreender a subjetividade do sujeito envolvida em cada situação¹¹, fortalecer as terapêuticas baseadas na diminuição da distância do relacionamento profissional-usuário e colocar a pessoa em contato com relações e recursos que não sejam pautados na normalização da crise¹², mas sim na criação de vínculos e apoio psicossocial¹³.

A capacidade do CAPS em manejar situações de crise é considerada um dos principais indicadores para garantir o espaço destes serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente neste momento histórico-político de desvalorização de suas práticas e, portanto, precisa ser avaliada.

Onocko-Campos, Furtado, Trapé, et al (2017) validaram um indicador para CAPS adulto denominado "capacidade do CAPS III em manejar a crise", que mensura e conseqüentemente qualifica este tipo de serviço para esta abordagem. Os autores sugerem como método de cálculo: número de pessoas em crise encaminhadas no mês dividido pelo número total de pessoas em crise acolhidas em leitos no serviço¹⁴.

Adaptando este indicador para o contexto dos CAPS AD III, esta avaliação pode ser útil para evidências sobre o modelo psicossocial, de forma que gestores, profissionais de saúde e usuários possam se apropriar desses dados e garantir melhorias e investimento adequados, que subsidiem a prática da desinstitucionalização¹⁵.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo avaliar a capacidade dos CAPS AD III em manejar situações de crise de pessoas que fazem uso de AOD.

2. MÉTODOS

2.1 Desenho de pesquisa

Esta pesquisa pertence a um projeto matricial intitulado “Resultados do tratamento para álcool e outras drogas em Centros de Atenção Psicossocial modalidade III: estudo de coorte” que tem por objetivo avaliar os resultados do acolhimento integral, pelas pessoas que utilizam os serviços.

O presente estudo possui desenho avaliativo e longitudinal, com abordagem quantitativa. Busca avaliar o indicador de resultado em determinado momento e verificar as mudanças e efeitos obtidos pelo cuidado. Um indicador de avaliação visa proporcionar mudanças objetivas ao sistema¹⁵ e neste caso, dar sustentação a modelos de cuidado em liberdade com capacidade de manejo de crises, sem interferência do tempo de exposição, apenas analisando a presença e ausência do efeito¹⁶.

2.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na região central do município de São Paulo - SP, Brasil, nos dois únicos CAPS AD III desse território. Estes atendem pessoas em extrema vulnerabilidade social que fazem uso problemático de substâncias. Os serviços escolhidos contam com oito a nove leitos de acolhimento noturno para o atendimento integral com taxa de ocupação de normalmente 100% (dados do serviço). A equipe é multiprofissional, para abranger integralmente o indivíduo como ser biopsicossocial com suas individualidades a serem consideradas no tratamento.

2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2019 e fevereiro de 2020 por meio de entrevista presencial com os sujeitos nos serviços onde se desenvolveu o estudo e tiveram duração média de 20 minutos. Foi conduzida pela aplicação do instrumento de coleta em três momentos distintos: T0) No momento do acolhimento em leito; T1) Após 14 dias do acolhimento e T2) Após três meses do acolhimento inicial. Para garantia de sigilo, conduzimos as entrevistas em ambiente confortável, sem interrupções, preservando a privacidade do participante tendo apenas a presença do pesquisador.

Entre os tempos realizamos busca ativa dos participantes por no mínimo cinco tentativas de contato via pessoal, familiar ou pelos profissionais dos CAPS.

2.4 Mensurações

Utilizamos como instrumento de coleta formulários para coleta de dados online, com armazenamento síncrono das informações no servidor seguro da Universidade de São Paulo. Estes formulários foram elaborados pelos pesquisadores e continham questões de

identificação e socioeconômicas, como também questões que avaliam os indicadores de resultado desejados como a capacidade do CAPS AD III em atender crise.

Para avaliar esse indicador, todos os participantes durante as entrevistas T1 e T2 (após 14 dias e três meses da admissão) em leito, responderam a seguinte pergunta: “no momento em que você esteve em leito de acolhimento noturno do CAPS AD III e após a alta nesses 3 meses, houve necessidade de encaminhamento para outro serviço como hospital geral, hospital psiquiátrico, serviços de urgência e emergência, dentre outros?” Esta variável serviu de base para o cálculo do indicador de resultado aqui desejado.

Como mencionamos anteriormente, fizemos uma adaptação na forma de avaliação do indicador que foi validado para CAPS Adulto.

2.5 Amostragem e critérios de inclusão

A amostra inicial no T0 foi de 122 usuários; 67 usuários em T1; 49 em T2. Foram incluídos indivíduos com idade mínima de 18, em condições de responder a entrevista de acordo com avaliação da equipe do serviço responsável. Possíveis alterações que nos impediram de entrevistar alguns participantes incluíram estar sob efeito de substâncias e abstinência. Foram excluídos aqueles não encontrados em T2 e para manejo de dados *missing*, utilizamos a abordagem “*Complete Case Analysis*”, excluindo da análise os participantes com entrevistas incompletas¹⁷.

As perdas amostrais estiveram associadas ao perfil populacional, aos próprios recursos da pesquisa e a interrupção das pesquisas em março de 2020 em virtude da pandemia de COVID-19.

2.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo *software* R 3.5.1 com análise descritiva e com frequências relativas e absolutas, análise avaliativa por meio de cálculo do indicador de capacidade do CAPS em manejar a crise, e análise por regressão univariada de modelos mistos medindo o mesmo indicador nos três tempos da pesquisa. Utilizamos intervalo de confiança de 95% e parâmetro de diferença p-valor $< \text{ou} = 0,05$.

Como parâmetro avaliativo, utilizamos o resultado máximo de 20% do cálculo do indicador considerando a literatura científica e os parâmetros esperados pelas políticas

públicas, visto que não encontramos estudos específicos que tenham utilizado esta medida^{9,18}.

2.7 Aspectos éticos

Aos indivíduos em condições de participar, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com números de parecer 2.759.176/2018 e 2.832.670/2018.

3. RESULTADOS

Entrevistamos um total de 122 sujeitos (T0), a maioria homens (81,15%) (dis participantes identificaram-se como homem e mulher transexuais), em situação de rua (80,33%), sem atividade laboral (67,21%), com renda inferior a um salário mínimo (62,30%), proveniente na maioria das vezes de benefícios sociais (63,93%) como o Bolsa Família. Destacamos também a média de idade de 44 anos e média de oito anos de estudo. A tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Características dos sujeitos que passaram por acolhimento noturno para o manejo de crise em Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III. São Paulo, SP, Brasil. 2020.

Variável		N (122)	%
Sexo biológico	Feminino	24	19,67%
	Masculino	98	80,33%
Gênero	Homem	99	81,15%
	Mulher	23	18,85%
Orientação sexual	Assexual	1	0,82%
	Bissexual	12	9,84%
	Heterossexual	107	87,70%
	Homossexual	2	1,64%
Estado civil	Casado (a)	7	5,74%
	Divorciado (a)	17	13,93%
	Solteiro (a)	88	72,13%
	União Estável	6	4,92%
	Viúvo (a)	4	3,28%

Raça autodeclarada	Branco	32	26,23%
	Índio	1	0,82%
	Pardo	59	48,36%
	Preto	27	22,13%
	Outro	3	2,46%
Situação laboral	Aposentado	5	4,10%
	Não	82	67,21%
	Sim, trabalho formal	3	2,46%
	Sim, trabalho informal	32	26,23%
Recebe benefícios sociais	Não	44	36,07%
	Sim	78	63,93%
Renda mensal*	Até um salário mínimo	76	62,30%
	De 1 a 3 salários mínimos	17	13,93%
	Não possui renda	29	22,77%
Local de moradia	Albergue	38	31,15%
	Casa/apartamento/pensão	23	18,85%
	Rua	54	44,26%
	Unidade de Acolhimento	6	4,92%
	Outro	1	0,82%

*Considerar salário mínimo R\$ 998,00 – Brasil, 2019.

Quanto ao consumo de AOD nos últimos 30 dias, mensurado nos três tempos, observamos a prevalência de substâncias lícitas (álcool e tabaco), com redução importante durante o período em acolhimento integral nos CAPS AD (exceto tabaco) o que é esperado devido à necessidade de desintoxicação atrelada ao estar no leito, com pouca mudança após três meses da alta, como apresenta a tabela 2.

Tabela 2 - Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias por usuários de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III. São Paulo, SP, Brasil. 2020.

Variável*		N (122)	Média de dias
Abstinência	T0	122	8,81
	T1	67	14,75
	T2	49	9,47
Álcool	T0	122	20,80
	T1	67	12,72
	T2	49	19,67
Tabaco	T0	122	22,38
	T1	67	25,30
	T2	49	24,12

Maconha	T0	122	8,83
	T1	67	4,39
	T2	49	7,06
Cocaína inalada	T0	122	7,18
	T1	67	6,24
	T2	49	7,69
Crack	T0	122	7,76
	T1	67	4,13
	T2	49	5,63
Inalantes	T0	122	1,13
	T1	67	0,12
	T2	49	1,10
Drogas psiquiátricas	T0	122	0,48
	T1	67	0,45
	T2	49	1,20

*Quantos dias utilizou determinada substâncias nos últimos 30 dias/último mês.

A principal necessidade identificada pelos participantes para o acolhimento noturno nos CAPS AD III foi o desejo de redução do consumo problemático de AOD (100/81,97%), apoio para desintoxicação (85/69,67%) e o viver em situação de extrema vulnerabilidade social, principalmente situação de rua (57/46,72%).

No T1, 94,03% (63) dos participantes relataram que o acolhimento noturno contribuiu positivamente para atravessar o momento de crise e 79,1% (53) afirmaram que suas demandas foram atendidas.

Com relação à capacidade dos CAPS em manejar as situações de crise no próprio território, 58 dos 67 indivíduos entrevistados em T1 (86,57%), permaneceram durante os 14 dias totais do acolhimento no serviço. Do total enquanto nove (13,43%) precisaram de intervenções de outros serviços de saúde. Após três meses do acolhimento à crise (T2), nenhum novo caso foi encaminhado. Não houve diferença significativa entre os tempos como mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Capacidade dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III em manejar situações de crises. São Paulo, SP, Brasil. 2020.

Indicador de resultado	T1 (n=67)		T2 (n=49)		p-valor*
	N	%	N	%	

Necessidade de encaminhamento para outros serviços	Não	58	86,57%	40	81,63%	0,470
	Sim	9	13,43%	9	18,37%	

*p-valor: diferença de T2 para T1.

Dentre as razões dos encaminhamentos e os locais de destino temos: seis casos - Pronto Atendimento (Pneumonia, Derrame pleural, suspeita de HIV, suspeita de dengue, tentativa de suicídio e Síndrome de abstinência alcoólica grave); um caso - Unidade Básica de Saúde (anemia/acompanhamento da gestação); um caso - Hospital Geral (cirurgia); um caso - Hospital Psiquiátrico (desorganização psíquica/ psicose associada ao consumo).

4. DISCUSSÃO

Como previsto e observado em outros estudos com pessoas admitidas em leitos de acolhimento noturno em CAPS AD III, o perfil é em sua maioria homens, em situação de vulnerabilidade social, de baixa escolaridade e em uso de álcool e *crack*¹⁸.

Os CAPS AD III avaliados por este estudo foram considerados capacitados para o manejo de situações de crise no próprio território. Este dado evidencia-se pela baixa taxa de encaminhamento, mostrando que o cuidado em liberdade prestado durante o acolhimento noturno atingiu a potencialidade prevista legalmente como estratégia de desinstitucionalização, assim como observado em outras pesquisas¹⁸.

As demandas que resultaram em encaminhamentos estiveram na maior parte das vezes associadas a questões clínicas de saúde. Um serviço especializado que opera na perspectiva psicossocial da RAPS precisa, de fato, acionar outros dispositivos para suporte clínico quando necessário. Observamos, portanto, com esse resultado, a preocupação com a integralidade do cuidado que só é obtida por meio da articulação entre a rede, que é o previsto em nossa política pública de cuidado integral¹⁹.

Dentre os nove casos encaminhados, apenas três estavam associados ao agravamento de questões relacionadas ao consumo de AOD ou problemas de saúde mental e desses, apenas um necessitou de internação psiquiátrica. O resultado é de que quase 90% dos casos acolhidos pelos CAPS AD III são totalmente manejados nestes serviços, sem novos encaminhamentos dentro de três meses.

Existem diversas situações de crise que recebem condutas bem sucedidas realizadas pelos CAPS III sem auxílio de instituições psiquiátricas, já que o contato estabelecido pela

RAPS entre o SAMU, serviço de atendimento de emergência, CAPS e UBS no território, são suficientes para lidar com acolhimentos críticos e evitar internações hospitalares²⁰.

Os CAPS III utilizam durante o manejo de crise em saúde mental ferramentas diferenciadas de outros serviços de saúde. O cuidado é pautado principalmente no diálogo, em estabelecer uma relação de confiança, “um estar com/perto de”, isso pode ser denominado como tecnologia do encontro²¹, que preza a liberdade e inclusão do usuário, firmando o relacionamento interpessoal. Durante o acolhimento integral é indispensável que ocorra a criação de vínculos, a fim de amenizar a intensa ansiedade, em muitos casos associada a quadros de abstinência ou fissura (*craving*), presente em momentos de crise. Faz-se também necessário estabelecer a contratualização de forma eficiente para desenvolver cuidados contextualizados com as vivências e necessidades de cada um²².

Em oposição ao cuidado no CAPS III, o atendimento em hospitais gerais e psiquiátricos foram, historicamente, moldados por um significado banalizado das crises reduzindo estes momentos a sintomas psiquiátricos característicos como agitação psicomotora, delírios, agressividade, alucinações visuais e auditivas, dentre outros¹². A partir desta concepção, as respostas para essas situações foram baseadas em contenção e medicalização das pessoas para amenizar sintomas, o que causa intensa insegurança aos sujeitos em crise e evitação na procura por atendimento²³.

A crise não deve ser vista simplificada por seus sintomas, precisamos compreendê-la a partir de momentos críticos da história pessoal e única do indivíduo em seu contexto social²⁴. Entender a crise como uma experiência de caráter insuportável e que será caracterizada por urgente pelo sujeito que a vivencia se faz necessário, para que o cuidado possa ser realizado integralmente com uma reestruturação mais consciente de novas possibilidades de vida^{1,12}.

A população do estudo tem um perfil que em seu cotidiano vive situações consideradas de risco, conseqüentemente, aproximadamente 47% dos acolhimentos integrais ocorreram devido a situação de vulnerabilidade, o que pode até mesmo ter desencadeado as questões clínicas que resultaram nos encaminhamentos. Os sujeitos em extrema vulnerabilidade social estão expostos a fatores desgastantes e conflituosos (problemas de habitação, estrutura familiar, suporte social, condições financeiras, indisponibilidade de recursos) que podem desencadear a crise em saúde mental, até mesmo pela necessidade de proteção²⁵, alternativa possível com o acolhimento noturno em CAPS.

O recurso comunitário possibilita viver a crise em liberdade e representa uma oportunidade de realizar mudanças na vida do indivíduo, pois é tido como um momento de

pausa e possibilidade de se desvencilhar do sofrimento causado pelo uso problemático de AOD e exclusão social^{1, 26}. A pausa pode ser considerada um ato clínico, uma estratégia que abre condições para a troca, a fala e a retomada das narrativas simbólicas¹.

Reforçamos que o manejo da crise nos CAPS AD III deve estar alinhado as estratégias de redução de riscos e danos para todo o contexto de vida do sujeito e não apenas com foco no consumo, pois como descrito na tabela 2, os dias de uso de AOD não alteraram significativamente após o período em leito, mas com certeza ampliaram as possibilidades de cuidado²⁷. Portanto, para a estruturação de políticas de intervenção durante crises em saúde mental, os eixos principais são: o território, o cuidado e a responsabilização¹³.

Os usuários buscam por apoio integral nos CAPS III quando estão abertos a novas possibilidades de enfrentamento da situação, de busca pela mudança²⁶, da possibilidade de afastamento de situações conflituosas, de resgate e restabelecimento de relacionamentos interpessoais²⁸, pontos que precisam ser valorizados pela equipe quando atendem a crise.

Os profissionais algumas vezes não reconhecem sua responsabilidade pelo manejo e acolhimento de uma pessoa em crise, acreditando que o papel do CAPS como dispositivo central da RAPS é que apenas usuários “estáveis” sejam assistidos, enquanto pessoas em momentos de desorganização psíquica deveriam ser encaminhadas para serviços de saúde como hospitais gerais²⁹. Esta contradição tem seu viés histórico e infelizmente ainda é uma visão presente atualmente, visto que foi definida a portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 em que regulamenta a entrada de hospitais psiquiátricos como ponto de atenção na RAPS para o atendimento de pessoas em crise e destina a maior parte dos recursos para as comunidades terapêuticas e não para os CAPS AD III³⁰.

Esperamos com esses resultados evidenciar que somente a partir da possibilidade desta “pausa” integral em um local de confiança, de onde o sujeito pertence, é que é possível um acompanhamento contínuo, pautado na liberdade, com destaque de que a melhor evolução do indivíduo está relacionada ao fato de poder ser assistido pela mesma equipe multiprofissional durante todo o processo de manejo da crise, algo que somente é permitido pelos CAPS III^{1, 31, 32}.

Por fim, destacamos dois pontos mencionados por um estudo recente como parâmetros balizadores para o cuidado a crise na RAPS:

“1. No campo da atenção à crise, as intervenções solicitam um dispêndio de tempo e energia diferenciado em comparação com as

demandas convencionais, exigindo das equipes uma maior flexibilidade na construção de respostas; 2. Muitos usuários apresentam autonomia em relação à necessidade de circulação na rede. Para esses casos, os serviços devem se manter como referência para serem acessados por iniciativa do sujeito¹.”

Sobre as limitações do estudo devemos considerar as perdas amostrais significativas e falta de dados sobre encaminhamentos que foram necessários para essas pessoas, bem como, que o indicador escolhido para avaliar o manejo de crise (único existente validado) foi criado para o CAPS III da modalidade Adulto e não AOD, podendo desconsiderar as especificidades clínicas desta população, onde é previsto o apoio, sobretudo, de prontos atendimentos.

5. CONCLUSÕES

Conclui-se que os CAPS AD III do território avaliado, são capacitados para o manejo de situações de crise, com o recurso do acolhimento integral, sendo centralizadores destas demandas, mas, mantendo a articulação com a RAPS para situações que demandem cuidados externos às especificidades do serviço.

Sugerimos a ampliação desta avaliação no território nacional, de forma a evidenciar este modelo de atenção psicossocial como essencial para um cuidado a crise em liberdade para esta população.

6. REFERÊNCIAS

1. Dassoler VA, Palombini AL. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*. 44(3); 278-289.
2. Krachenski N, Holanda A. Manejo de crise nos centros de atenção psicossocial: uma revisão sistemática de literatura. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental [Internet]*. 2019 Ago 5; [Citado em 2020 Out 30]; 8(1): 23-42. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/233>
3. Silva MVO, et al. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose. In: *Anais do 15. Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social*. 2009 out 30-02. Bahia: Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia; 2008.
4. Cruz M, Alves D. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Singularidades no cuidado da RAPS. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública - Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

5. Brasil. Lei no 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. Diário Oficial da União. 2001.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 854, 22 de agosto de 2012. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Diário Oficial da União 24 ago 2012; 165(54):1.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Amaral CE, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst.* 2018 Oct 31;12:65.
9. Boska GA, et al. Leitos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas: análise e caracterização. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.*, 71(5):2251-2257; 2018.
10. Lima M, et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. Botucatu: *Interface (Botucatu)*, 16(41):423-434; 2012.
11. Bonfada D.; Guimaraes J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. Maringá: *Psicol. estud.*, 17(2):227-236; 2012.
12. Ferigato SH, et al. O atendimento à crise em saúde mental. Assis: *Revista de Psicologia da Unesp, [S.l.]*, 6(1):14; 2007.
13. Willrich JQ, et al. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: O centro de atenção psicossocial como protagonista. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 47(3):657-663, 2013.
14. Onocko-Campos R, et al. Evaluation Indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design. Rio de Janeiro: *Saúde debate* 41(Spe)71-83; 2017.
15. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bul* 18(11):356-60; 1992.
16. Campana AO, et al. *Investigação científica na área médica.* São Paulo: Manole; 2001.
17. Bono LC, et al. Missing data on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A comparison of 4 imputation techniques. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 3(1)1-27; 2007.
18. Moura AS. Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD. São Carlos: Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) - Universidade Federal de São Carlos; 2014.
19. Pinheiro CA, Torrente MN. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas no ponto de vista do(as) usuários(as). São Paulo: *Saúde soc São Paulo* 29(2); 2020.

20. Vainer AA. Demanda e utilização do acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
21. Coimbra CC, et al. The technologies used in the working process of the psychosocial care unit with sights to reach the comprehensiveness. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(2)3876-3883; 2013.
22. Jardim KF. Habitando o paradoxo: atenção à pessoa em crise no campo da saúde mental. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
23. Cardoso MRO, et al. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. Rio de Janeiro: *Saúde Debate* 40(109)86-99; 2016.
24. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. Trieste: In: *Per la Salute Mentale – PraticheRicerche, Culture dell'innovazione*; 1988.
25. Schumann LRMA, Moura LBA. Vulnerability synthetic indices: a literature integrative review. Rio de Janeiro: *Ciênc Saúde Colet* 20(7): 2105-2120; 2015.
26. Brandao TM, et al. A necessidade pelo acolhimento noturno em centro de atenção psicossocial: percepções da pessoa que usa drogas*. *Ribeirão Preto: SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, 14(2)84-91; 2018.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União* 20 fev; 2002.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 130, De 26 De Janeiro De 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*. 2012.
29. Zeferino MT, et al. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. Rio de Janeiro: *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 20(3); 2016.
30. Brasil. Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2017.
31. Campos RO, et al. Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2013. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43(1)16-22; 2009.
32. Silva TCS, et al. Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.*, 73(1); 2020.