

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ALINE SILVA DE MOURA

**Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção
Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD**

SÃO CARLOS

2015

ALINE SILVA DE MOURA

**Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção
Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos,
para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Prof. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

Co-Orientadora: Prof. Ms. Sissi Marília dos Santos Forghieri
Pereira

SÃO CARLOS

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M929ed Moura, Aline Silva de.
Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD / Aline Silva de Moura. -- São Carlos : UFSCar, 2015.
73 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Drogas. 2. Álcool. 3. Acolhimento institucional. 4. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD: 362.29 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

ALINE SILVA DE MOURA

**“Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção
Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 02/12/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^ª Dr.^ª Luciana Nogueira Fioroni

Prof.^ª Dr.^ª Tadeu de Paula Souza

Prof.^ª Dr.^ª Adriana Barbieri Feliciano

*Dedico este trabalho à minha família,
amigos e à equipe do CAPSad.*

*“... nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido,
em primeira instância, um problema da vida prática.
Isto quer dizer que a escolha de um tema emerge espontaneamente,
da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo.
Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas,
frutos de determinada inserção no real,
Nele encontrando as suas razões e seus objetivos.”
(Minayo, 2010)*

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer por todo apoio que tive nesse processo de construção da dissertação.

À minha orientadora profa. Dra. Luciana Fioroni, que me acolheu e apostou em mim, respeitando os meus tempos, incentivando sempre e confiando no trabalho! Obrigada por tantas contribuições e apoio.

À minha coorientadora profa. Ms. Sissi Forghieri pela confiança, serenidade e apoio nesse tipo de pesquisa tão nova para mim.

À minha família sempre na torcida por mim e por acreditar nos caminhos que tenho percorrido. Em especial aos meus pais Maria e José, pela base e amor de sempre e aos meus irmãos Mari e Léo.

Às professoras Georgina e Adriana Barbieri que puderam enriquecer esta pesquisa com suas participações nas bancas de qualificação e defesa, respectivamente. Ao Tadeu Souza, pelas contribuições para o meu aprendizado na construção desta dissertação tanto na banca de qualificação e defesa quanto como supervisor clínico institucional do CAPSad.

Aos professores e professoras do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da UFSCAR por todos os ensinamentos e trocas, em especial às professoras Dra. Cristiane Brito e Dra. Patrícia Della Barba que me orientaram no projeto de pesquisa anterior e a profa. Dra. Valéria Vernaschi, coordenadora do Mestrado, pela acolhida e incentivo em meu retorno ao Programa.

Aos meus amigos e amigas do mestrado e da residência pelas reflexões e discussões nos períodos de disciplinas, e pelos encontros de vida, em especial aos queridos que me incentivam e me acompanham até hoje em tantos outros contextos: Nanda, Ellys, Flávio, Juliana, Mari, Queli. Gratidão imensa! Chegou minha vez.

Aos amigos de vida. Em especial a estas que partilharam comigo uma casa ao longo da minha passagem por São Carlos: Mari, Jana, Júlia e Dani. E tantos outros queridos com os quais de

perto ou de longe levo comigo. “E pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto!”.

À equipe querida do CAPSad pelo trabalho compartilhado nesses quase 3 anos, pelo apoio a minha saída, a acolhida em meu retorno e pelas construções do cotidiano. Aos que já não trabalham mais lá, aos que permanecem e aos recém chegados. Aos que me receberam nos finais de semana e nos plantões noturnos para minha coleta (incansável) de dados. Um agradecimento especial a Fabiana Mancilha, Carla Linarelli e ao Sander Albuquerque do Serviço de Saúde Cândido Ferreira pelo apoio e viabilização dessa construção.

Aos usuários do CAPSad, que me motivaram fazer esse estudo!

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto de investigação o dispositivo denominado "leito de acolhimento noturno" na atenção à crise ao usuário de álcool e outras drogas, no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas 24h (CAPS ad III), no município de Campinas-SP. Pretendeu-se caracterizar os usuários que ocuparam o leito de acolhimento noturno segundo dados sociodemográficos, dados referentes ao uso de substâncias psicoativas, dados relativos à vinculação ao CAPSad III assim como caracterizar a ocupação dos leitos e as indicações da equipe para a sua utilização. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal (abril/2012 a março/2013), que em sua investigação utilizou dados de quatro fontes: prontuários, fichas de inserção no leito, livros de passagem de plantão e banco de dados da equipe. Os dados foram organizados e analisados a partir de um banco de dados informatizado utilizando o programa Excel. A análise indicou que o leito de acolhimento noturno foi ocupado 315 vezes por 167 usuários, sendo a maioria do gênero masculino (77,25%), solteiros (46,11%), faixa etária entre 31 e 40 anos (36,53%), ensino fundamental incompleto (40,12%), desempregados (51,50%) e moravam com algum familiar (50,30%). A procura pelo tratamento aconteceu principalmente devido ao uso de múltiplas drogas (53,89%), destacando-se o álcool associado à outra substância, seguido do uso exclusivo do álcool (39,52%). A maior parte dos casos (81,43%) apresentou alguma comorbidade, principalmente psiquiátrica (51,23%). O tempo de cadastro no CAPSadII foi de até 6 meses (36,53%) e os equipamentos de urgência e emergência foram os serviços que mais referenciaram os usuários (30,43%). Dentre as indicações para inserção no leito de acolhimento noturno destacam-se a promoção de abstinência (34,85%), estabilização psiquiátrica (21,08%) e a necessidade de ambiente protegido (20,64%). As alterações no exame psíquico foram significativas (66,67%), em especial as alterações de humor (29,97%) e insônia (22,67%). Destaca-se que 34,13% dos usuários estava em situação de rua, o que demanda outras articulações e necessidade de apoio a essa população vulnerável. A lógica de ocupação dos leitos e as indicações da equipe para a sua utilização foram caracterizadas. Os leitos de acolhimento noturno em CAPSad III são vistos enquanto possibilidades de ampliar a atenção à crise ao usuário de álcool e outras drogas na direção da integralidade do cuidado e autonomia da equipe. Sua recém implantação dentro da rede de cuidados ao usuário de álcool e outras drogas traz relevância para esta investigação tendo em vista que pode contribuir para um maior conhecimento e caracterização do serviço assim como no planejamento de ações.

Palavras chave: CAPS ad III, leito de acolhimento noturno, álcool e outras drogas.

ABSTRACT

This research aimed at investigating the device called "overnight-stay" in moment of crisis the user of alcohol and other drugs, in the context of a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs 24 (CAPS ad III), in Campinas SP. It was intended to characterize the users who occupied overnight-stay according to demographic data, data on the use of psychoactive substances, data relating to the commencement CAPSad III as well as characterize the bed occupancy rates and indications of the team for their use. This is a descriptive cross-sectional study (April / 2012 to March / 2013), using research roadmap and documentary record data from four sources: medical records, insertion records in overnight-stay, books and bank shift changes data team. As a complementary source of information we used interview with service managers. Data were organized and analyzed from a computerized database using the Excel program. The research pointed out that the bed night shelter was occupied by 167 users 315 times, most males (77,25%), single (46,11%), aged between 31 and 40 (36,53%), incomplete elementary education (40,12%), unemployed (51,50%) and living with a family member (50,30%). The demand for treatment was mainly due to the use of multiple drugs (53, 89%), especially if alcohol linked to another substance, followed by the exclusive use of alcohol (39,52%). Most cases (81,43%) had a comorbidity, particularly psychiatric (51,23%). The length of enrollment in CAPSadII patients for 6 months (36,53%) and equipment for emergency care were the services most have referred users (30,43%). Among the indications for insertion into overnight-stay, include the promotion of abstinence (34, 85%), psychiatric stabilization (21,08%) and the need for protected environment (20,64%). Changes in mental examination were significant (66, 67%), especially mood changes (29, 97%) and insomnia (22, 67%). Significant portions of users were on the streets (34,13%) which requires other joints and need of supporting this vulnerable population. The logic of overnight-stay occupancy rates and indications of the team for their use were characterized. The overnight-stay in CAPSad III, is seen as an opportunity to expand attention to the crisis the user of alcohol and other drugs in the anti-asylum logic, as they allow the regulation and care of the team. His newly deployment within the network of care to the user of alcohol and other drugs brings relevance to this investigation given the fact that it can contribute to a better understanding and characterization as well as for actioning planning.

Keywords: CAPS ad III, overnight-stay, alcohol and other drugs

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Descrição dos aspectos de análise dos dados referentes a um ano de ocupação do leito de acolhimento noturno do CAPSad III.	30
Gráfico 1 – Taxa de ocupação por mês do leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	51
Gráfico 2: Permanência mínima e máxima por mês do leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a gênero, faixa etária e naturalidade, Campinas 2012-2013.	31
Tabela 2 – Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à situação conjugal, escolaridade e ocupação, Campinas 2012-2013.	33
Tabela 3 – Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à moradia, região de saúde e Centro de Saúde pertencente, Campinas 2012-2013.	35
Tabela 4 – Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à substância psicoativa de uso e idade de início de uso, Campinas 2012-2013.	37
Tabela 5 – Caracterização das comorbidades apresentadas pelos usuários que ocuparam os leitos de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	39
Tabela 6 – Caracterização do tempo de cadastro e entrada no CAPS ad III, Campinas 2012-2013.	41
Tabela 7 - Caracterização do serviço responsável pelo encaminhamento ao CAPSad III, Campinas 2012-2013.	42
Tabela 8 - Indicações para inserção no leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	46
Tabela 9 - Alterações presentes no exame psíquico no momento de entrada no leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	47
Tabela 10 – Indicadores da utilização do leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	51
Tabela 11- Caracterização quanto a gênero, faixa etária e naturalidade dos usuários em situação de rua, dos usuários com moradia e da totalidade de usuários que ocuparam os leitos de acolhimento noturno, Campinas 2012-2013.	54
Tabela 12 – Caracterização quanto à escolaridade dos usuários em situação de rua, com moradia e total de usuários do CAPSad III, Campinas 2012-2013.	56
Tabela 13 – Caracterização quanto à substância psicoativa de uso e idade de início de uso dos usuários em situação de rua, com moradia e totalidade dos usuários do CAPS ad III, Campinas 2012-2013.	57
Tabela 14 - Equipamento de origem do usuário em situação de rua, do usuário com moradia e da totalidade dos usuários em leito de acolhimento noturno no CAPSad III, Campinas 2012-2013.	58

Tabela 15 – Caracterização das comorbidades apresentadas pelos usuários em situação de rua, com moradia e total, que ocuparam os leitos de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013. 59

LISTA DE ABREVIATURAS

AMDA – Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

Centro Pop- Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CHOV – Complexo Hospitalar Ouro Verde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CR – Centro de Referência

CS – Centro de Saúde

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis

NAC – Núcleo de Atenção à Crise

PSE – Proteção Social Especial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SAMIM – Serviço de Atendimento ao Migrante Itinerante

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARES – Serviço de Acolhimento e Referenciamento Social

SOS Rua – Serviço de Orientação Social a Pessoas em Situação de Rua

SPA – Substância Psicoativa

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1.	INTRODUÇÃO	15
2.	JUSTIFICATIVA	23
3.	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo Geral	25
3.2	Objetivos Específicos	25
4.	RECORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	26
4.1	Abordagem metodológica	26
4.2	Trabalho de Campo	26
4.2.1	Cenário da Pesquisa	26
4.2.2	Instrumentos de Investigação	28
4.2.3	Aspectos Éticos da Pesquisa	28
4.3	Análise de Dados	28
5.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	APÊNDICES	69
	ANEXO	73

APRESENTAÇÃO

Neste trabalho tomamos como objeto de estudo os leitos de acolhimento noturno do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas – CAPS ad III – de Campinas. A escolha perpassa pela minha inserção neste equipamento como trabalhadora, terapeuta ocupacional, com o desejo de aprofundar o conhecimento e disparar articulações sobre o que produzíamos.

O cuidado aos usuários de álcool e outras drogas começou a me inquietar durante a realização da Residência em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC-USFCar), na cidade de São Carlos. Não lembro ao certo como foram as primeiras aproximações, mas sei que casos complexos, de difícil acesso e manejo vinham então para discussão com os residentes matriciadores, em especial para a psicóloga e para mim. Percebíamos as dificuldades de atuação e articulação da rede frente a esse tema de delicada abordagem. E, fazendo junto, criamos algumas possibilidades de cuidado e a temática, muitas vezes invisível, passou a “vir para roda” mais vezes.

No início de 2012 mudei para Campinas para compor a ampliação da equipe de CAPSad que passaria a ser 24 horas. E como seria isso? Algo novo para mim, para a equipe, para a rede de saúde do município. Um mês após iniciar o trabalho, o equipamento passou a ser 24 horas e fomos descobrindo e apostando em formas de cuidado.

Havia iniciado o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica – PPGGC-UFSCar um pouco antes de finalizar a residência, em abril de 2011, com outro projeto, próximo à realidade que vivia na época. Ao me mudar para Campinas, optei pelo trancamento do Mestrado. Senti a necessidade de “dar uma pausa”, viver a clínica, conhecer esse novo contexto. Passado um pouco mais de um ano de minha inserção no CAPSad III, decidi retornar para o mestrado.

Estar vinculada a um programa de mestrado profissional, porém, fez com que eu buscasse novos sentidos e modificasse o projeto de pesquisa para a prática que estava vivendo. O desejo de (re)conhecer o que construíamos nesta nova modalidade de cuidado me despertou a possibilidade de trazer reflexões sobre a prática, revisitar conceitos, compreender melhor a demanda que atendíamos. E assim, com as limitações do tempo, iniciei este novo projeto e, posteriormente uma nova escolha: a de me afastar temporariamente da clínica por alguns meses, para conseguir retomar, de fato, o projeto de mestrado.

Nos últimos meses de finalização da dissertação, pude retornar para o CAPSad, fazendo novas costuras da pesquisa com o cotidiano do trabalho. Dessa forma, pude viver o

ser e estar trabalhadora-pesquisadora, pesquisadora-trabalhadora e toda a intensidade e as inquietações que isso traz.

Visando orientar a leitura, descrevo a forma como o trabalho está estruturado: a introdução apresenta uma contextualização das políticas públicas de álcool e outras drogas assim como caracteriza os CAPS ad III e os seus leitos de acolhimento noturno, objeto do estudo.

Em seguida, as justificativas do presente estudo serão compartilhadas, trazendo também a relação da pesquisadora com o campo de prática, tendo em vista o Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica ser modalidade de mestrado profissional.

Os objetivos e o recorte teórico metodológico são abordados em seguida, revelando os caminhos escolhidos para o estudo. Os dados são apresentados a partir de cinco aspectos: caracterização do perfil sócio demográfico dos usuários; caracterização quanto ao perfil clínico epidemiológico; caracterização dos usuários quanto à vinculação ao CAPS ad III; caracterização da utilização dos leitos de acolhimento noturno no CAPS ad III; leitos de acolhimento noturno no CAPS ad III e pessoas em situação de rua.

Para a discussão dos dados apresentamos a articulação dos mesmos com a literatura, com as políticas públicas de álcool e outras drogas e com o cotidiano do serviço vivenciado pela pesquisadora-trabalhadora.

1 INTRODUÇÃO

A contemporaneidade traz novos desafios no modo de abordagem de diversas temáticas, em especial no campo da saúde. O tema "álcool e outras drogas", pela sua complexidade, indica a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas que permita a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas de modo integrado e diversificado em ofertas de cuidado sejam elas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde (BRASIL, 2003).

O uso de drogas acompanha a história da humanidade e passou por diferentes formas de consumo, manuseio, função e chegou até nossos dias com inúmeros significados, entre eles a busca de prazer, alívio imediato de uma gama de sofrimentos e insatisfações, fonte de renda, uma forma de resposta a um modelo de consumo e de vida, entre outros (SILVA, 2012).

Minayo e Deslandes (1998) consideram o uso de drogas como um “fenômeno histórico-cultural com implicações médicas, políticas, religiosas e econômicas” (p.36) e alertam para a necessidade de diferenciar a dependência do uso recreacional. Tal distinção é muito relevante pois pode direcionar diferentes abordagens tanto das Políticas Públicas quanto das ofertas de tratamento ou de acompanhamento que são executadas pelos diferentes serviços de saúde e de apoio social.

Considera-se recreacional o uso em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados, embora haja discordâncias no caso de drogas ilícitas, devido implicações legais relacionadas ao uso (BRASIL, 2007).

Na dependência, a relação com a droga é outra e diferente do uso recreativo, caracterizando-se no encontro de uma pessoa com uma ou várias drogas que, aos poucos se transforma em um encontro exclusivo e leva a um comprometimento dos vínculos afetivos, familiares e relação com o trabalho, o que pode trazer perdas significativas (BRIGUET, 2008).

Dessa forma, apesar dos possíveis danos sociais e à saúde que as substâncias psicoativas podem trazer, nem todas as pessoas que usam terão problemas, sendo necessário se atentar para as múltiplas formas de uso de diferentes drogas. A mídia frequentemente associa o uso de drogas à situações de violência, lógica que acaba por segregar o usuário de drogas tornando-se até um obstáculo para a busca de cuidado por aquele que necessite de tratamento, levando a não garantia de direitos fundamentais (NUNES et al, 2010).

Para Briguet (2008), o uso de drogas, na atualidade, reflete o modo de produção capitalista. Segundo Nunes et al (2010), nessa lógica, as relações se mercantilizam e é no

consumo, no imediatismo e no individualismo que se produz modos de subjetivação: “Os sujeitos são atravessados por uma cultura midiática que homogeneiza e controla em nome da liberdade, numa tendência totalitária associando o produto (entre eles a droga) a um ideário de felicidade e realização” (NUNES et al, 2010, p.16).

De acordo com o Relatório Mundial Sobre Drogas (2014), estudo realizado anualmente pela United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) em seus países-membros a partir de questionários enviados a cada um deles, cerca de 243 milhões de pessoas (5% da população global) entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2012. Destes, 1 em cada 200 pessoas faz um uso problemático, o que soma por volta de 27 milhões, cerca de 0,6% da população adulta mundial.

Torna-se clara a complexidade do fenômeno do uso abusivo das drogas lícitas e ilícitas. Verona (2010) aponta que independente das diversas formas sob as quais podemos entender a questão, “quer seja como um subterfúgio a necessidades materiais ou afetivas ou como um produto de consumo em um mundo caracterizado por relações cada vez mais fugazes, provisórias e tênues” (p.19), é fundamental pensarmos em políticas públicas para essa área. Pensar sob essa lógica é um grande desafio para o governo e para a sociedade.

O texto da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS); garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como a integralidade (BRASIL, 2003).

Até o ano de 2002, porém, a saúde pública não desenvolvia ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas, sendo esta uma lacuna relevante na agenda das políticas de saúde. Existiam poucos ambulatórios e serviços especializados para o tratamento do álcool e outras drogas no país, que trabalhavam de forma pouco articulada e assistemática (DELGADO e CORDEIRO, 2009).

Alarcon et al (2012) apontam que no Brasil, as mesmas premissas que sustentaram uma legislação criminalizante e uma interpretação ‘policialesca’ do uso de determinadas drogas colocaram-se por trás da constituição de toda uma série de equipamentos de saúde (público e privados) coerentes com os objetivos de uma sociedade sem drogas, onde a abstinência total se colocava como único horizonte possível para o tratamento da toxicomania. Os autores dizem ainda que,

Sem contradições no início, especialmente durante o período da ditadura militar, as relações entre o setor saúde e o setor segurança

permaneceram coerentes até muito tempo depois do início da implantação das reformas sanitária e psiquiátrica. No entanto, as reformas permitiram o desabrochar de uma aparente distensão entre saúde e segurança, exigindo de parte a parte uma abordagem do problema-drogas mais ampla que a simples avaliação especializada (seja ela do ponto de vista da saúde, da segurança, da sociologia etc) tomada isoladamente (ALARCON et al, 2012, p.78)

Reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico da responsabilidade dessa questão pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde criou a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Com isso estabelece princípios como a Redução de Danos e prioridades para a constituição de uma rede de atenção (BRASIL, 2003). O objetivo central dessa política é ampliar o acesso ao tratamento mudando o antigo modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, reduzindo a exclusão, a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias (DELGADO e CORDEIRO, 2009).

Diante da diversidade das características populacionais do país e da variação da incidência de problemas decorrentes pelo uso abusivo e/ou dependência de Álcool e outras Drogas, a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas organiza as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação. Também estabelece a estratégia em uma rede de serviços extra hospitalares para esta clientela, articulada à rede de Atenção Psicossocial e fundamentada na abordagem de Redução de Danos, na qual cada usuário é reconhecido em sua singularidade, sendo traçadas com ele estratégias que não tem a abstinência como objetivo principal e exclusivo a ser alcançado, mas sim mecanismos de minimização dos efeitos mais nocivos do abuso de drogas, recuperação de aspectos da saúde e da sociabilidade dos sujeitos, visando a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

A Redução de Danos permite, dessa forma, uma aproximação com os usuários de drogas. Não contesta, porém, a abstinência como uma meta possível e desejável mas contesta

a abstinência como regra absoluta, evidenciando que entre o “SIM” e o “NÃO” existe uma terceira via: o “COMO”? Arguir como podemos em sociedade viver com as drogas não é uma posição a favor ou contra as drogas, mas uma posição que busca apontar para os cuidados que devemos ter em relação às experiências com as drogas. Esse tipo de postura tenta desconstruir a noção de que as drogas são um problema em si, recusando a substancialização de um problema complexo que transforma uma substância em uma entidade quase com vida própria: as drogas! (SOUZA e CARVALHO, 2012, p.42).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad – foi regulamentado como modelo de cuidado, juntamente com as demais modalidades de CAPS, pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Os CAPS-ad permitem o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua devendo possibilitar também intervenções precoces, para limitar o estigma associado ao tratamento, tendo como norte a Redução de Danos. Precisa estar integrado a uma rede de leitos psiquiátricos de hospitais gerais e outras práticas de atenção comunitária, de acordo com a necessidade da população, atuando territorialmente (MORAES, 2008).

Esta atuação territorial pode ser compreendida, neste modelo, para além da delimitação geográfica sobre a qual um serviço é responsável pela população adscrita. Diz respeito à construção e transformação entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem, relacionando-se à construção do espaço e produção de sentidos no lugar habitado (YASUI, 2010).

Para Alves e Lima (2013), a implementação dos CAPSad podem propiciar a construção de práticas de cuidado cada vez mais sensíveis com este olhar para o território e com a singularidade das necessidades de saúde dos usuários, orientadas para a promoção de seus direitos de cidadania.

No ano de 2011, o debate no campo de álcool e outras drogas ganhou destaque, tendo sido noticiado pelos grandes meios de comunicação de forma estritamente parcial. O Plano de Enfrentamento ao Crack, também foi lançado oficialmente nesse ano, o que tem gerado inúmeras preocupações em movimentos e entidades que trabalham e militam nos campos da redução de danos, luta antimanicomial, direitos humanos e direitos de crianças e adolescentes. Tal preocupação se deve ao fato de, “O Plano Crack”, como ficou conhecido, conter elementos que desrespeitam avanços já consolidados nas políticas públicas do país e traz ameaças aos direitos humanos e sociais dos usuários quando propõe a inclusão das comunidades terapêuticas – “instituições religiosas que trabalham na lógica da moralidade e da segregação – e a possibilidade do uso de internações involuntárias e compulsórias como centralidade de tratamento” (GOMES e CAPPONI, 2012, p.138).

Os mesmos autores apontam que o debate sobre álcool e outras drogas envolve questões éticas e políticas já que “faz-se uma escolha quando decide-se tratar o uso do crack com ações policiais violentas e tratamentos compulsórios e não proporcionar o cuidado do usuário no território” (GOMES e CAPPONI, 2012, p.12)

Observa-se aqui um campo em disputa; ainda em resposta ao fenômeno crack e a partir do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e

outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD 2009-2010) e também do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010), obteve-se uma implantação de novos serviços e estratégias de cuidado, diversificando os dispositivos de atenção psicossocial, com foco na ampliação do acesso de usuários às redes de atenção à saúde e de assistência social, a exemplo dos Consultórios de Rua, dos CAPSad 24 horas (CAPS ad III) e das Casas de Acolhimento Transitório (ALVES e LIMA, 2013).

De acordo com Souza (2013) este novo contexto, ou ciclo atual de construção de políticas de drogas tem agregado elementos novos, ora formulados em função de necessidades assistenciais, ora por reincididas autoritárias. Essa complexificação do campo conta com a elaboração de novos equipamentos e dispositivos de saúde, assim como com a reformulação de antigos, no sentido de fortalecer a perspectiva de ação em rede.

Em 2011, foi instituída pela portaria GM/MS n. 3088 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulada às redes de atenção do SUS como um todo. Para Zeferino (2014), essa articulação em rede dos serviços substitutivos “é central para o efetivo acolhimento e cuidado das pessoas com a experiência de sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (p.13). Outros cenários de atuação, realizada nos serviços aberto, no território são previstos com a criação da RAPS, tornando o cuidado mais efetivo. Campos (2014) salienta que, embora importante, ela não garante que esses espaços de fato atuem numa lógica de cuidado em liberdade.

Os CAPS ad III foram instituídos enquanto possibilidades de cuidado de acordo com a reforma psiquiátrica e política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Segundo a portaria 130, de 26 de janeiro de 2012 o CAPS ad III é

o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012)

Essa modalidade institucional vem ao encontro de uma demanda existente na rede de dispositivos de cuidado integral e atenção contínua. De acordo com a portaria, o CAPS ad III deve conter de oito a doze leitos de acolhimento noturno, a permanência de um mesmo usuário no leito fica limitada a catorze dias, no período de trinta dias e caso seja necessária uma permanência superior, o usuário deverá ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. Tais regras estabelecidas pela portaria poderão ser excepcionadas a critério da

equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental.

Dentre os objetivos da utilização desses leitos estão a redução de danos, prevenção de recaída, tratamento de abstinências leves, proteção em condições de riscos sociais, extrema vulnerabilidade e em caso de fissuras intensas¹. A regulação dos leitos é feita pela própria equipe e não por uma central de regulação, diferenciando-se dos leitos de atenção integral em hospital geral e atuando no território de origem do usuário (BRASIL, 2010).

Em sua pesquisa sobre a rede de álcool e outras drogas do município de Campinas, a partir de perspectivas da redução de danos, Souza (2013) traz a percepção de gestores dessa rede sobre a utilização dos leitos de acolhimento noturno (leitos-noite) em CAPS ad III, recentemente implantados no município:

é um equipamento novo e que ainda não existem critérios muito claros de ocupação. Há um consenso de que este equipamento é um avanço, pois os leitos-noite permitem que a equipe acompanhe o usuário durante o período de afastamento do convívio social. Assim, a equipe pode intervir mais de perto, avaliando os efeitos desta estratégia no cotidiano. Avaliam que a rede de CAPS AD é a que menos interna e que as internações tem diminuído bastante (p.335).

Os dados sobre internações hospitalares para tratamento da dependência mostram que uma análise de séries temporais abarcando 21 anos (1988-2008), indicou redução do total de internações no período analisado: de 64.702 internações em 1988 para 24.001 em 2008. A redução parece ter acompanhado as ações adotadas nos últimos anos no Brasil, com destaque para a criação, a partir de 2002, dos CAPS-ad (COSTA, 2007).

A pesquisa avaliativa da rede de Centros de Atenção Psicossocial de Onocko-Campos e colaboradores (2008), realizada em Campinas (nos anos de 2006 e 2007) avaliou os CAPS III do município em diferentes aspectos e contou com a participação de gestores, trabalhadores, familiares e usuários em sua investigação. A atenção à crise foi um dos aspectos abordados sendo apontado pelos participantes como positiva a permanência do usuário com a mesma equipe nos momentos de crise, sendo um diferencial ao modelo hospitalar (ONOCKO-CAMPOS et al, 2008). No período em que o estudo foi realizado não existia a modalidade de cuidado CAPSad III. O mesmo grupo de pesquisa aponta ainda que as dificuldades percebidas pelos participantes foram relacionadas a

¹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o craving ou “fissura”, como é popularmente designado, como um desejo de repetir a experiência dos efeitos de uma dada substância. Pode vir acompanhado de alterações no humor, no comportamento e no pensamento e ocorrer tanto na fase de consumo quanto no início da abstinência, ou após um período sem utilizar a droga. (ARAÚJO et al, 2008)

entraves na formação de parcerias com a rede como um todo, o recebimento e acompanhamento de pacientes ainda desconhecidos pela equipe, sobretudo à noite e nos fins de semana, pois nesses períodos críticos costumam trabalhar no CAPS apenas profissionais de enfermagem, em esquema de plantão. Ainda, relatou-se como necessário objetivar os critérios de indicação de leito-noite, que tem sido utilizado no limite ou acima de sua capacidade durante o período em estudo (ONOCKO- CAMPOS et al, 2009, p.19)

Os CAPS ad III, embora com características muito particulares, foram criados a partir do modelo de CAPS III e são poucos os estudos sobre os modos pelos quais estes equipamentos vêm se consolidando.

No município de Campinas, foi implementado em fevereiro de 2012 um CAPSad III, a partir de uma ampliação de um CAPSad II já existente, com financiamento do PEAD e desde 2010 havia articulações para que isso acontecesse. Juntamente com esse novo equipamento havia também a proposta da gestão municipal de implantação de uma unidade de acolhimento transitória, em um outro distrito e também de uma equipe de Consultório de Rua, que vieram a ser implantados posteriormente.

Conversas com gestores, que foram atores desse processo de implantação do equipamento, foram realizadas com o intuito de retratar esse período.

A criação de um CAPSad 24 horas possibilitaria um aumento do acesso de cobertura da população e cuidado da crise no território. Os arranjos para que isso de fato acontecesse foram muitos tais como ampliação da equipe, discussão sobre as divisões entre o dia e noite e estratégias para minimizar a fragmentação do cuidado e garantir um olhar integral do usuário.

O usuário inserido em leito de acolhimento noturno passa por avaliação da equipe e durante o dia convive com demais usuários em tratamento e no período noturno é acompanhado pela equipe e compartilha espaço com demais usuários em leito. No CAPSad em questão, os leitos ficam em uma casa anexa ao espaço diurno ao CAPS, compondo três quartos. Não há um número pre definido de vagas masculinas e femininas, sendo rearranjados os quartos de acordo com a demanda.

Os usuários ficam na área de convivência da casa, passam por cuidados da equipe de enfermagem tal como acompanhamento dos sinais vitais, administração de medicações, cuidados de higiene pessoal além do acompanhamento pela equipe multiprofissional em atendimentos e grupos, numa construção conjunta de seu projeto terapêutico singular (PTS).

Quando há necessidade, conta-se com uma retaguarda do SAMU, a qual por vezes se dá de forma frágil. Apresenta-se como o único equipamento territorial 24h para o cuidado dos

usuários de álcool e outras drogas, possibilitando uma atenção a crise mais próxima aos contextos de vida dos seus usuários.

A crise cotidianamente está presente no CAPSad e para discuti-la é necessário considerar tanto a clínica, a cultura, a história dos sujeitos e os recursos disponíveis no seu contexto familiar e social (BRASIL, 2013).

Para Stefanello e Campos (2014) o atendimento às crises, no campo de álcool e outras drogas, devem considerar fatores diversos tal como: a complexidade e gravidade das apresentações clínicas, o grau de urgência, o tempo e a cronicidade, assim como a repercussão do problema na inserção social da pessoa.

Neste sentido, este estudo pretende contribuir para tal problemática ao caracterizar o modo como o leito de acolhimento noturno foi utilizado no período de abril/2012 a março/2013, o que poderia contribuir para embasar argumentos no sentido de fortalecimento de um modelo assistencial mais eficiente, humanizado e integral.

2 JUSTIFICATIVA

Ainda é recente a implantação do serviço CAPS ad III com funcionamento vinte e quatro horas. Segundo levantamento realizado em maio de 2013 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estão cadastrados 21 CAPS ad III no Brasil, com maior concentração na Região Sudeste, totalizando doze equipamentos: 9 no Estado de São Paulo (8 na capital e grande São Paulo, 1 em Campinas); 2 equipamentos em Minas Gerais e 1 no Rio de Janeiro. Os demais CAPS ad III estão distribuídos da seguinte maneira: 4 no Nordeste (1 Bahia, 2 Pernambuco, 1 Piauí), 2 no Distrito Federal, 2 na Região Sul (1 Rio Grande do Sul - RS, 1 no Paraná - PR) e 1 na Região Norte (Amazonas).

Tais serviços estão em expansão, o que foi constatado por uma nova consulta ao CNES em novembro de 2013, que registra 30 CAPS ad III cadastrados nacionalmente. Além dos já descritos, o Estado de São Paulo conta com mais 5 equipamentos, 2 no interior do estado (Jundiaí e São José do Rio Preto) e mais 3 na capital e grande São Paulo. O Distrito Federal cadastrou mais um equipamento e o Estado do Tocantins o seu primeiro. Outros dois foram cadastrados na região Sul (um no estado do RS e outro no PR) e no Nordeste (com um em Pernambuco e um na Paraíba). Não constavam mais no cadastro os CAPS ad III do Piauí e do Amazonas, localizados na pesquisa realizada em maio de 2013.

Segundo o estudo de Alves e Lima (2013) no qual objetivaram revisar o processo de formulação da política nacional de saúde de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, é escassa a produção científica de trabalhos empíricos sobre o modelo de atenção em construção a partir do CAPS ad III, por constituírem serviços de implantação recente.

Onocko-Campos e Furtado (2006) apontam que, as investigações dirigidas aos CAPS têm a potencialidade de gerar subsídios para a reforma psiquiátrica brasileira e, ao mesmo tempo, propulsionar um novo território de pesquisa no âmbito de políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde. Tal apontamento se deve por considerar os CAPS enquanto dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil, configurando-se simbólica e numericamente como a grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional.

O município de Campinas conta com uma rede de saúde mental composta por 6 Caps-III, 3 Caps-AD, sendo um deles CAPS-ad-III, 2 Caps-infantil, 1 equipe de consultório na rua, onze centros de convivência, enfermarias de saúde mental, núcleo de retaguarda, oficinas de geração de renda, apoio de saúde mental nos cinco distritos de saúde, mais de trinta serviços residenciais terapêuticos e equipes mínimas de saúde mental na atenção básica. Sua rede foi

consolidada a partir do convênio de co-gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). Essa rede de atenção psicossocial é, porém, atravessada por disputas de saberes e poderes, que se apresentam em um cenário de diversas ambiguidades no campo de cuidados e por consequência na atenção aos usuários de drogas.

Segundo Ferigato (2013) tal panorama não representa apenas um grande volume de serviços, mas uma mudança de paradigma assistencial, um acúmulo de saberes e práticas, sendo por isso um cenário utilizado para processos de formação de diferentes universidades e pesquisas em todo Brasil. Ainda que não seja objeto de estudo desta pesquisa, cabe ressaltar que o estudo se deu em meio a um processo de crise política e de desmonte da rede de saúde.

Tratar-se de um equipamento recente dentro da rede de cuidados ao usuário de álcool e outras drogas disparou o desejo de investigar sobre esse dispositivo, ancorado em alguns questionamentos surgidos da prática cotidiana da pesquisadora.

A inserção da pesquisadora como trabalhadora desta rede de saúde, como já descrito, disparou o desenvolvimento deste projeto de pesquisa. O fato do mesmo estar vinculado a um Mestrado Profissional implica estreita relação com a prática e objetiva produzir uma proposta de ação que possa ter impacto no sistema/serviço que ele coloca sob análise (MOREIRA, 2004).

Os leitos de acolhimento noturno em CAPSad III, que serão colocados em análise, são vistos enquanto possibilidades de ampliar a atenção à crise ao usuário de álcool e outras drogas na lógica antimanicomial, porém há pouca produção sobre o tema. Apresenta-se como política pública que articula o cuidado para a construção e garantia da cidadania e conhecer mais sobre o dispositivo torna-se relevante nesse contexto.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o dispositivo denominado leito de acolhimento noturno, na atenção à crise ao usuário de álcool e outras drogas, no CAPS ad III de Campinas-SP.

3.2. Objetivos específicos

Descrever o perfil dos usuários que ocuparam o leito de acolhimento noturno segundo dados sociodemográficos e uso de substâncias psicoativas.

Caracterizar a ocupação dos leitos de acolhimento noturno.

4 RECORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Abordagem metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva de corte transversal. Para Rooquayrol e Almeida (2006) a pesquisa transversal trata do estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, visualizando a situação de uma população como um instantâneo da realidade.

Rooquayrol (2008) considera os serviços de saúde como espaços institucionais onde profissionais e equipes atuam com a missão de produzir saúde, individual e coletiva.

Os estudos descritivos são particularmente relevantes quando um campo ou objeto de pesquisa foi pouco explorado, pois permitem caracterizar um evento e formular hipóteses para os achados, fornecendo pistas para a formulação de políticas públicas de saúde. Nesse sentido, um olhar para os leitos de acolhimento noturno contribuirá para o seu conhecimento, tendo em vista ser um dispositivo de cuidado recente no contexto de um CAPS ad III.

O presente estudo configura uma pesquisa descritiva sobre um objeto de estudo de natureza complexa e processual – o dispositivo leito de acolhimento noturno e as formas pelas quais a equipe e o equipamento em questão (CAPS ad III) operam a Política Pública que institui este dispositivo.

4.2 Trabalho de Campo

4.2.1 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado em um CAPS ad III do município de Campinas, a partir da investigação do uso dos leitos de acolhimento noturno deste equipamento. O município de Campinas destaca-se no cenário nacional pela sua história de pioneirismo nos processos da Reforma Psiquiátrica. A opção pelo equipamento de saúde mental em questão também perpassa a inserção da pesquisadora enquanto trabalhadora do local, como já descrito, tendo em vista o projeto estar vinculado a um Mestrado Profissional.

Este CAPS ad possui mais de dez anos de história, sendo o primeiro da modalidade no município, conta com mais de 400 usuários em tratamento mensalmente, sendo responsável por duas regiões distritais em sua área de abrangência, incluindo o atendimento a usuários em situação de rua. Inicialmente era gerenciado pela Secretaria de Saúde Municipal e em

fevereiro de 2012 passou a ser gerido pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira alguns meses após a transição para serviço 24 horas, assim como demais equipamentos de Saúde Mental do Município. Na ocasião da transição implantaram-se oito leitos de acolhimento noturno. Considerando que a portaria 130, já descrita, aponta que os CAPS III podem ter de oito a doze leitos, a opção do município, segundo gestores, se deve pela estrutura da casa que incorporou os leitos assim como pelo fato de ser uma nova experiência.

O novo serviço trouxe a necessidade de uma reestruturação dos processos de trabalho da equipe assim como a ampliação dos recursos humanos necessários para esse cuidado. Após a ampliação a equipe passou a ser composta por uma coordenação local, seis enfermeiras, vinte técnicos de enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem, 2 médicos psiquiatras, 1 médico clínico, 4 psicólogas, 3 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 3 redutores de danos, além de equipe de higiene e vigias. O equipamento recebe também residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unicamp e do Programa de Residência Médica do Complexo Hospitalar Ouro Verde, constituindo um espaço de formação em serviço.

A gestão tinha como expectativa com a implantação do leito de acolhimento noturno a ampliação de acesso, atendimento à crise dessa população no próprio local, o que possibilitaria um cuidado mais integral. A novidade desta tecnologia produziu muitas expectativas e receios da equipe, principalmente a natureza de tempo integral - 24 horas – que precisou ser compreendida e construída no processo de trabalho cotidiano.

A equipe se reorganizou de forma que os plantões noturnos são realizados sempre por um enfermeiro e três técnicos de enfermagem (por duas equipes que se rodiziam) que trabalham apenas a noite. Estratégias como participação em reuniões de equipe, equipes de referência e passagens de plantão são utilizadas para minimizar a fragmentação da equipe entre diurno/noturno embora sejam ainda um grande desafio.

Aos finais de semana, um técnico de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social ou enfermeiro) coordena o plantão na companhia de três técnicos de enfermagem. A partir de agosto de 2013 houve uma modificação, ficando os plantões de final de semana apenas com a equipe de enfermagem, devido determinações do Conselho Regional de Enfermagem.

Durante a semana, no período do dia, os usuários que estão em leito de acolhimento noturno, participam das demais atividades que o CAPS ad III oferece a todos os usuários, que acontecem em uma casa anexa à que contem os leitos.

4.2.2. Instrumentos de investigação

Para a produção dos corpus de análise foi utilizado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), um roteiro, que tem a função de guia, facilitando que novos temas possam emergir durante o trabalho de campo, provocados por seu questionamento (MINAYO, 2010).

Para a caracterização dos usuários (a partir de documentos) e do uso do leito de acolhimento noturno, a população considerada foi a quantidade de usuários que ocuparam o leito, no período de abril/2012 à março/2013. Foram utilizados os seguintes documentos institucionais: fichas de inserção no leito (instrumento criado pela equipe – ANEXO A); livros de passagem de plantão; prontuários e banco de dados da equipe (com dados gerais de inserção no leito).

Foram coletados dados referentes ao perfil do usuário, possibilitando uma análise descritiva com dados sociodemográficas, dados sobre o padrão de uso de substâncias psicoativas, dados clínicos, além de dados que possibilitaram uma análise do cuidado, referentes ao tratamento e à rede de apoio. Com relação à utilização do dispositivo foram coletados dados referentes à ocupação e indicações de uso.

Os dados foram organizados em um banco de dados informatizado utilizando o programa Excel para viabilizar o tratamento, organização e análise.

4.2.3. Aspectos éticos da pesquisa

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e segue as normas da resolução 466 de 2012. O projeto foi aprovado em 29 de setembro de 2013 sob parecer número 409.511. O Comitê de Ética do Serviço de Saúde Cândido Ferreira também aprovou a realização da pesquisa.

4.3. Processamento e Análise de dados

Os dados produzidos foram digitados e organizados no Programa Microsoft Excel para cálculo da frequência absoluta (n) e relativa (%) e análise descritiva das variáveis selecionadas.

A pesquisa descritiva de corte transversal permite uma série de investigações de natureza quantitativa, a partir de combinações de variáveis como dados sociodemográficos

(sexo, idade, estado civil) e dados específicos da população que nos interessa neste estudo – uso de substâncias psicoativas, fontes de encaminhamento ao CAPS, entre outros.

Os dados foram descritos a partir do material coletado e organizado em planilhas e gráficos, e a discussão realizada a partir da articulação dos achados com a literatura, com as políticas públicas de álcool e outras drogas e com o cotidiano do serviço vivenciado pela pesquisadora-trabalhadora.

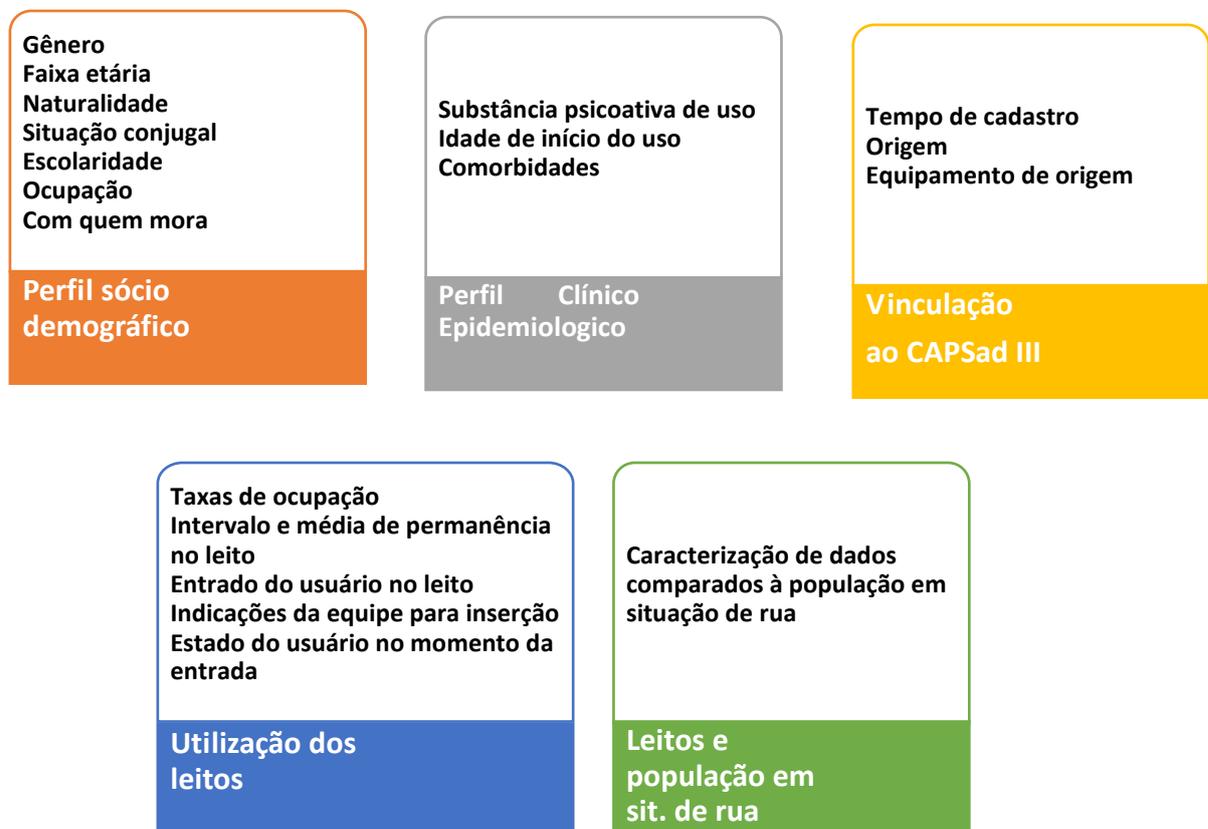
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados dados referentes a um ano de ocupação do leito de acolhimento noturno no CAPS ad III (abril de 2012 a março de 2013), período escolhido por ser próximo da implantação deste dispositivo no serviço, a qual ocorreu em fevereiro de 2012. Neste período foram identificadas 167 pessoas que fizeram uso do dispositivo, com 315 ocupações.

Os dados serão apresentados em cinco aspectos, a saber: a) caracterização do perfil sócio demográfico dos usuários; b) caracterização quanto ao perfil clínico epidemiológico; c) caracterização dos usuários quanto à vinculação ao CAPS ad III e d) caracterização da utilização dos leitos de acolhimento noturno no CAPS ad III; e) leitos de acolhimento noturno no CAPS ad III e pessoas em situação de rua.

A figura a seguir especifica os critérios considerados para a descrição de cada aspecto. Os quatro primeiros foram criados a partir do roteiro utilizado para coleta dos dados documentais e o último a partir da análise dos dados.

Figura 1: Descrição dos aspectos de análise dos dados referentes a um ano de ocupação do leito de acolhimento noturno do CAPSad III.



a) Caracterização do perfil sócio econômico e demográfico dos usuários

A tabela 1 apresenta dados que caracterizam os usuários que utilizaram o leito de acolhimento noturno no período escolhido quanto a gênero, faixa etária e naturalidade.

A escolha por classificar quanto ao gênero e não ao sexo deve-se a consideração quanto ao termo sexo representando somente a caracterização genética e anatomo-fisiológica dos seres humanos e gênero permite transcender essa diferença biológica, focando uma construção social-cultural-subjetiva do sexo (OLINTO, 1998). Tal escolha foi feita por considerar o público de atendimento, que engloba usuários travestis, transexuais, os quais são tratados e acolhidos a partir do modo como a pessoa se refere, incluindo seus nomes sociais nos prontuários.

Tabela 1: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto a gênero, faixa etária e naturalidade, Campinas 2012-2013.

		N	%
Gênero	Feminino	38	22,75%
	Masculino	129	77,25%
	Total	167	100%
Faixa etária	18 aos 20 anos	8	4,79%
	21 aos 30 anos	28	16,77%
	31 aos 40 anos	61	36,53%
	41 aos 50 anos	32	19,16%
	51 aos 60 anos	26	15,57%
	61 aos 70 anos	10	5,99%
	71 anos ou mais	2	1,20%
	Total	167	100%
Naturalidade	Campinas	67	40,12%
	Estado de SP	36	21,56%
	Outros Estados	42	25,15%
	Sem informação	22	13,17%
	Total	167	100%

Os dados apontam predominância de pessoas do gênero masculino (77,25%), faixa etária entre 31 e 40 anos (36,53%), seguida da faixa entre 41 e 50 anos (19,16%). Quanto à

naturalidade, 40,12% são procedentes de Campinas, representando a maior parte dos usuários. O número de usuários procedentes de outros estados foi maior do que os que vieram do interior do estado de São Paulo e Capital.

Estudos mostram que o perfil dos usuários que procuram por tratamento em CAPSad é predominantemente masculino (Faria e Schneider, 2009; Monteiro et al 2011), que vai ao encontro da taxa de consumo de drogas ser mais elevada entre os homens.

Os homens apresentam-se mais vulneráveis ao uso de substâncias psicoativas e tradicionalmente tem uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com a procura por atendimento quando já há a necessidade de um cuidado especializado. Os homens consomem álcool mais precocemente, com uma tendência a um consumo maior e a sofrerem prejuízos maiores em relação às mulheres. Reconhece-se que os agravos poderiam ser evitados se realizassem, com frequência, medidas de prevenção primária (BRASIL, 2008).

Torna-se importante uma análise da vulnerabilidade para se conhecer e compreender as diferenças como cada um vivencia e enfrenta o processo saúde-doença. A vulnerabilidade segundo Ayres et al (2008) busca compreender os aspectos individuais (que relaciona-se com acesso a informação, qualidade da mesma e capacidade de elabora-la, modo de vida, possibilidades efetivas e interesse em transformar tal informação/preocupação em prática de proteção), sociais/contextuais (fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual tal como estrutura jurídico-política, diretrizes governamentais, relações de gênero, raça, geracional, pobreza, escolarização, inserção social, violência, etc) e estruturais (contexto social, instituições e estruturas, compromisso político dos governos, participação social, integralidade da atenção dentre outros) que podem acarretar maior ou menor suscetibilidade a problemas de saúde, e de modo inseparável, maior e menor disponibilidade de recursos para seu enfrentamento.

Reconhece-se, porém, que as mulheres dependentes de substâncias psicoativas constituem um subgrupo diferenciado, com necessidades e características próprias seja para a detecção do problema como para o acompanhamento e tratamento. De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) de 2013, as mulheres são a população de maior risco, apresentando maiores índices de aumento no uso nocivo de álcool. Segundo Oliveira et al (2007), quanto às especificidades pela busca de tratamento, apontam que as mulheres usuárias de drogas preferem o atendimento em atividades externas aos serviços de saúde, enquanto nas atividades internas registram-se principalmente mulheres como acompanhantes ao tratamento de outra pessoa. Tais questões apontam para a necessidade de se pensar nos espaços de cuidado ofertados e parcerias com outros serviços de saúde.

A tabela 2 mostra os dados referente à situação conjugal, escolaridade e ocupação dos usuários que utilizaram o leito de acolhimento noturno.

Tabela 2: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à situação conjugal, escolaridade e ocupação, Campinas 2012-2013.

		N	%
Situação Conjugal	Solteiro	77	46,11%
	União Estável	34	20,36%
	Separado	44	26,35%
	Viúvo	7	4,19%
	Sem informação	5	2,99%
	Total	167	100%
Escolaridade	Analfabeto	3	1,80%
	Ensino Fundamental Incompleto	67	40,12%
	Ensino Fundamental Completo	25	14,97%
	Ensino Médio Incompleto	25	14,97%
	Ensino Médio Completo	23	13,77%
	Ensino Superior Incompleto	7	4,19%
	Ensino Superior Completo	3	1,80%
	Sem informação	14	8,38%
	Total	167	100%
Ocupação	Mercado Informal	12	7,18%
	Mercado Formal	19	11,38%
	Desempregado	86	51,50%
	Renda de Assistência/Benefício	23	13,77%
	Oficinas de Trabalho (NOT)*	21	12,57%
	Sem informação	6	3,59%
	Total	167	100%

Com relação à situação conjugal, 46,11% estavam solteiros. Um dado que merece destaque diz respeito a 75% não terem companheiro (por estarem solteiros, viúvos ou separados). Para este grupo, o uso de substâncias psicoativas, parece ter relação com a perda significativa de laços afetivos, com dificuldade da manutenção ou criação de vínculos conjugais e afetivos.

Sobre a escolaridade foi mais representativo o grupo com o ensino fundamental incompleto (40,12%) seguido dos que apresentavam ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, ambos com 14,97%.

A baixa escolaridade também esteve presente em demais estudos que levantaram o perfil sociodemográfico de usuários de CAPSad (MONTEIRO et al, 2011; VELHO, 2010; OLIVEIRA,2010).

Quanto à ocupação, a maior parte estava desempregada (51,50%) seguido pelos que recebiam algum benefício (auxílio doença, BPC- benefício de prestação continuada ou afastamento pelo INSS) com 13,77%. Outros 12,57% participavam de Oficinas de Trabalho e Geração de Renda do Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT. Estas oficinas fazem parte da rede de saúde mental de Campinas, sendo também gerenciadas pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Os participantes recebem uma ‘bolsa-oficina’ mensal em dinheiro, como resultado da produção e venda dos produtos e necessariamente têm de estar acompanhados por algum equipamento da área da saúde.

Um estudo recente sobre o perfil do usuário de crack no Brasil (BASTOS e BERTONI, 2014), ao considerar a ocupação do usuário, caracterizou a sua fonte de renda, ampliando as possibilidades que o presente estudo traz. Além de considerar os que apresentavam algum emprego, caracterizou também os que pediam esmola, estavam envolvidos com o tráfico, eram profissionais do sexo ou trocavam sexo por dinheiro. A maior parte (64,9%) estava trabalhando por conta própria/autônomo ou em trabalho esporádico/bicos (trabalho informal). Tal aspecto difere do presente estudo, no qual há baixa inserção no mercado de trabalho.

A baixa escolaridade e pouca inserção no mercado de trabalho são aspectos de vulnerabilidade importantes. O uso abusivo ou a dependência de drogas podem levar às perdas, assim como uma história de vida de perdas podem levar ao uso de drogas. Dessa forma há a necessidade de maiores parcerias com os setores da Educação e do Trabalho, sendo o CAPS um espaço de tratamento com papel de reabilitação e a intersetorialidade como um dos eixos estruturantes das políticas públicas. De acordo com a portaria 130 de 26 de janeiro de 2012 é preconizado que o CAPSad III desenvolva atividades de reabilitação psicossocial tal como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros.

Na tabela 3, a seguir, podemos ver a caracterização dos usuários quanto à moradia, região de saúde e Centro de Saúde pertencente.

Tabela 3: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à moradia, região de saúde e Centro de Saúde pertencente, Campinas 2012-2013.

Com quem mora	Só	14	8,38%		
	Com família	84	50,30%		
	Com amigos	1	0,60%		
	Em casa de apoio	9	5,39%		
	Em situação de rua	57	34,13%		
	Sem informação	2	1,20%		
	Total	167	100%		
Região de Saúde	Leste	106	63,47%		
	Norte	39	23,35%		
	Fora de área	22	13,17%		
	Total	167	100%		
Centro de Saúde	CS Boa Esperança	2	1,20%		
	CS Carlos Gomes	1	0,60%		
	CS Centro	56	33,53%		
	CS Conceição	2	1,20%		
	CS Costa e Silva	17	10,20%		
	CS São Quirino	7	4,19%		
	CS Sousas	6	3,59%		
	CS Taquaral	14	8,38%		
	Leste	CS Aurélia	6	3,59%	
		CS Barão Geraldo	5	2,99%	
		CS Boa Vista	3	1,80%	
		CS Cássio Raposo	1	0,60%	
		CS Jardim Eulina	4	2,39%	
		CS Padre Anchieta	12	7,18%	
		CS Santa Bárbara	2	1,20%	
		CS São Marcos	6	3,59%	
	Norte	CS Rosalia	1	0,60%	
		CS fora de área	Outros CS	22	13,17%
		Total	167	100%	

Dos 167 usuários que foram inseridos no leito-noite neste período, 50,30% (84) moravam com algum familiar; 34,13% (57) estavam em situação de rua e 5,39% (9) estavam em casas de apoio da Assistência Social do município. Estes últimos apresentam um quadro de vulnerabilidade maior e permanecem alguns períodos em situação de rua.

A família pode surgir tanto como um fator protetor quanto de risco para o uso de álcool e outras drogas. Assim, é importante que o CAPSad oriente e apoie essas famílias a lidar com as situações diversas que surjam ao longo do tratamento. Os conflitos familiares são associados às experiências de frustrações e recaídas (OLIVEIRA, 2010). No CAPSad III em questão, um grupo destinado ao apoio de familiares acontece semanalmente, assim como o contato com a família durante o período de leito-noite.

Sobre as regiões onde moravam os usuários, 63,47% estavam na região leste, 23,35% na região norte e 13,17% em outras regiões de Campinas. Na região leste observa-se que a área do CS Centro foi a mais prevalente, com 33,53%, seguida da região do Costa e Silva (10,20%) e do Taquaral (8,38%). A região central, além de usuários que moravam na localidade, concentra os usuários em situação de rua. As regiões do Costa e Silva e Taquaral são as mais próximas do CAPSad, o que pode se justificar a maior procura pela facilidade de acesso.

Para o apoio às pessoas em situação de rua, existe em Campinas, a Coordenadoria Setorial de Proteção Social Especial de Alta Complexidade - População Adulta em Situação de Rua que é responsável pelo gerenciamento dos serviços de Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade. Estes oferecem atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. Com isso, alguns desses usuários são encaminhados para casas de apoio, o que acontece com a possibilidade de vaga e com o acompanhamento em equipamentos da assistência em conjunto com a saúde.

b) Caracterização quanto ao perfil de uso de SPA

A tabela 4 apresenta dados dos 167 usuários que ocuparam o leito de acolhimento noturno que caracterizam as substâncias psicoativas utilizadas assim como a idade do início do uso. Seriam considerados, também, dados referentes ao histórico de uso de SPA na família, porém este dado não foi localizado em mais da metade dos documentos dos usuários em questão, sendo desprezado.

Tabela 4: Caracterização dos usuários do CAPS ad III quanto à substância psicoativa de uso e idade de início de uso, Campinas 2012-2013.

Substância psicoativa de uso	Só álcool	66	39,52%
	Só cocaína e/ou crack	11	6,59%
	Múltiplas drogas	90	53,89%
	Total	167	100%
Idade do início de uso de substâncias	7 a 10 anos	22	13,17%
	11 a 17 anos	105	62,87%
	18 a 25 anos	21	12,57%
	Maior que 25 anos	5	2,99%
	Não soube referir	1	0,60%
	Sem informação	13	7,78%
	Total	167	100 %

A tabela mostra que 39,52% eram usuários apenas de bebida alcoólica; 53,89% de múltiplas drogas (principalmente o álcool associado ao uso de cocaína e/ou crack e/ou maconha); 6,59% só de cocaína e/ou crack. A cocaína e o crack foram consideradas juntas tendo em vista a ficha que forneceu esse dado apresentar a informação dessa maneira.

O uso do tabaco não foi considerado pois não era a demanda de tratamento desses usuários que ocuparam os leitos de acolhimento noturno. Apesar de não ser o foco de tratamento, há relatos nos prontuários de dificuldade de manejo de usuários em leito-noite fumantes que não possuíam cigarro (principalmente dos que estavam em situação de rua). Foi localizado o registro de uso de tabaco em 97 usuários (58,08%) sendo esse dado possivelmente maior pois nem sempre estava notificado o uso por não ser o motivo de procura por cuidado.

Um olhar mais atento para essa questão pode favorecer um cuidado integral tendo em vista ser o tabagismo um fator de risco para diversas doenças crônicas, como câncer, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cardiovasculares.

Os dados revelam que o uso de álcool tem a maior demanda de cuidado nesse equipamento, o que não vai ao encontro do apontamento do crack, visto pela mídia e políticas de governo estadual e federal como principal ‘mal’ a ser combatido e enfrentado.

Vedovatto (2010) aponta que os problemas maiores estão relacionados ao uso/abuso de álcool e que os problemas relacionados ao uso/abuso de drogas ilícitas atingem uma

proporção bem menor da população. Mesmo assim, nos últimos tempos é o crack que ocupa lugar de preocupação dos diversos setores. Aborda, ainda, sobre a questão da mídia:

As drogas estão imersas em nossa sociedade, em especial o álcool, uma droga lícita bem como o tabaco, ambas em diferentes fases históricas tiveram a sua glamorização – pois, afinal, quem não se lembra das fantásticas propagandas de cigarros em cenários lindos, com mulheres e homens maravilhosos ou o que vemos ainda nas propagandas de cerveja, que associam à bebida imagens de glamour com jogadores de futebol, mulheres lindas e sucesso (VEDOVATTO, 2010, p.159).

Além dos danos à saúde, outros problemas sociais estão agregados ao uso do álcool. De acordo com o II LENAD, um em cada dez brasileiros possui arma de fogo, 5% dos homens andam armados e este número aumenta em mais de 50% entre homens jovens e com problemas relacionados ao uso do álcool. Ainda de acordo com a pesquisa quase dois terços dos homens jovens, bebedores problemáticos já se envolveram em uma briga com agressão física no último ano. A violência doméstica também teve sua abordagem relacionada ao uso do álcool. Segundo o estudo, 6% dos brasileiros disseram ter sido vítima de violência doméstica no último ano, em metade destes casos o parceiro que cometeu a agressão havia bebido.

O primeiro contato com alguma substância psicoativa (SPA) aconteceu em sua maioria na faixa etária entre 11 e 17 anos (62,87%), seguido pela faixa entre 7 e 10 anos (13,17%) e 18 a 25 anos (12,57%). Esses dados, porém, indicam apenas o primeiro contato, não significando um uso prejudicial desde esse momento, embora alertem para os prejuízos que podem trazer para o desenvolvimento. As primeiras substâncias psicoativas utilizadas foram o álcool, a maconha e o tabaco, porém não foram discriminadas as prevalências de cada uma nessa iniciação.

É possível observar que mais de 75% dos usuários iniciaram o uso drogas entre a faixa de 7 a 17 anos e a necessidade de ações articuladas com outros setores tal como educação, para ações de prevenção, tendo em vista a vulnerabilidade da criança e do adolescente frente a essa problemática. Os adolescentes, em especial, não encontram “um lugar” no cuidado em saúde e comumente são de difícil acesso aos serviços.

Barbosa et al (2014) apontam que assim como em outros países, os desenvolvimentos de milhões de adolescentes brasileiros são colocados em risco com o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Referem ainda que, os riscos ligados ao uso de drogas entre adolescentes

também estão associados a problemas sociais e de saúde, tais como o suicídio de jovens, o deslocamento social e os problemas de saúde sexual e mental.

O estudo de Silva et al (2014) que teve como objetivo caracterizar a iniciação e o consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de um CAPSad, revelou que o contexto psicossocial são fatores importantes para essa iniciação. Não foi diferenciada, porém, qual SPA foi iniciada. O álcool e o tabaco apareceram como drogas utilizadas mais precocemente.

Casela et al (2014) traz a potência das ações de prevenção ao abordar a sua efetividade quando integradas com outras propostas para garantir a sua continuidade e a interface entre saúde e educação nas abordagens educativas. Os autores abordam ainda que

Estudos apontam que o desenvolvimento de parcerias entre a escola, a família dos alunos e a comunidade tem apresentado bons resultados. Uma proposta interessante é a educação para uma vida saudável, no qual a escola aborda o tema das drogas em um contexto mais amplo, ancorado no currículo, abrangendo temas transversais, buscando desenvolver a autonomia e a responsabilização dos sujeitos em relação a sua saúde (Monteiro, Vargas, & Rebello, 2003; Moreira, Silveira, & Andreoli, 2006 apud Casela et al, 2014, p.42).

As comorbidades dos usuários que ocuparam o leito de acolhimento noturno serão apresentadas na tabela 5, a seguir.

Tabela 5: Caracterização das comorbidades apresentadas pelos usuários que ocuparam os leitos de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.

Transtornos depressivos	54	26,6%
Hipertensão	22	10,84%
Transtornos de personalidade	19	9,36%
Esquizofrenia	19	9,36%
Hepatites	13	6,40%
Transtornos de ansiedade	12	5,91%
Diabetes	7	3,45%
Epilepsia	7	3,45%
Retardo mental	6	2,95%
HIV+	4	1,97%
Neuropatias	3	1,48%
Sífilis	2	0,98%
Outros	35	17,24%
Total	203	100%

Dos 167 usuários, 136 (81,43%) apresentavam alguma comorbidade diagnosticada no momento em que utilizou o leito de acolhimento noturno (com registro médico no prontuário), 14 não apresentavam (8,38%) e a informação não foi localizada em 17 prontuários (10,18%).

Foram encontradas 203 comorbidades, com média de 1,49 comorbidades por usuário (considerando os 136 que apresentavam comorbidades).

É expressivo o número de usuários que apresentavam algum tipo de comprometimento psiquiátrico. Os transtornos depressivos, de personalidade, de ansiedade e a esquizofrenia, juntas, estiveram presentes 104 vezes (51,23%).

Stefanello e Campos (2014) afirmam que um quadro psiquiátrico primário pode levar ao uso de álcool e outras drogas assim como o uso abusivo de álcool e outras drogas pode desencadear ou piorar/alterar o curso de um transtorno mental. Outras questões presentes são os sintomas psicológicos/psiquiátricos gerados por uma intoxicação ou induzidos pelo abuso e/ou dependência de uma substância psicoativa.

Segundo Xavier (1999) há um comprometimento da eficácia das intervenções terapêuticas junto ao usuário de álcool e outras drogas quando este apresenta algum transtorno psiquiátrico concomitantemente. O autor considera que o diagnóstico adequado possibilita intervenções mais apropriadas, e atribui que, “baixos índices de eficácia observados no tratamento de farmacodependentes poderiam, ao menos parcialmente, ser atribuídos à pouca atenção dispensada a aspectos relativos à comorbidade psiquiátrica nesses pacientes” (pg.13). O uso do leito de acolhimento noturno por vezes foi utilizado para maior aproximação com os casos acompanhados e esclarecimento do quadro, importante para um seguimento mais adequado.

A comorbidade clínica mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 22 usuários (10,84%), porém não foi objeto de estudo desta pesquisa a verificação de quantos destes estavam em tratamento para essa questão. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas

doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

É de competência do CAPSad III, de acordo com a portaria 130 de 26 de janeiro de 2012, responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado em situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica.

As comorbidades e sua alta prevalência desafiam e complexificam o cuidado, exigindo a integração dos serviços e intervenções em rede. Enquanto trabalhadora-pesquisadora percebo as inúmeras dificuldades práticas no cotidiano de se tecer essa rede de cuidado.

c) Caracterização da vinculação ao CAPS ad III

A tabela 6 mostra os dados referentes à entrada do usuário no CAPSad em questão e seu tempo de cadastro.

Tabela 6: Caracterização do tempo de cadastro e entrada no CAPS ad III, Campinas 2012-2013.

Tempo de Cadastro	Até 6 meses	61	36,53%
	Até 1 ano	14	8,38%
	Até 3 anos	38	22,75%
	Até 5 anos	27	16,17%
	Mais de 5 anos	24	14,37%
	Sem informação	3	1,80%
	Total	167	100%
Foi referenciado?	Sim	115	68,86%
	Não	20	11,98%
	Sem informação	32	19,16%
	Total	167	100%

Podemos observar que quanto ao tempo de cadastro no CAPSad III, 36,53% estavam há seis meses no serviço; 22,75% até 3 anos; 16% até 5 anos e 14,37% há mais de 5 anos. Tal dado, porém, não significa que o paciente aderiu e permaneceu em tratamento até o momento de coleta dos dados. Nossa experiência aponta que a permanência continua no equipamento é muito flutuante, o que demanda modelos diferentes de cuidado. A implicação do usuário com

o seu tratamento, em geral, não acontece imediatamente ao iniciar o tratamento, sendo assim é importante considerar que:

Não devemos ter atitude passiva e ficar esperando que a pessoa decida se tratar. Também não podemos deixar por conta da pessoa a tomada de decisões sobre os procedimentos indicados no tratamento, pois, sendo a motivação instável, ela pode colocar obstáculos ao tratamento, mantendo a situação inalterada. Assim, as posturas extremas, como impor o tratamento e exigir abstinência, e todas as mudanças de conduta ou, simplesmente, aguardar que cada pessoa tome todas as decisões são igualmente equivocadas e improdutivas. (BRASIL, 2012, p. 73)

Um dado relevante é o de usuários que estão inseridos há mais de 3 e 5 anos. O que deve ocorrer no CAPSad para que a saída torne-se uma possibilidade e não um espaço de cronificação?

A tabela 7 detalha os equipamentos responsáveis pelos encaminhamentos ao CAPSad III.

Tabela 7: Caracterização do serviço responsável pelo encaminhamento ao CAPSad III, Campinas 2012-2013.

		N	%
Saúde	Centro de Saúde	31	26,96%
	Pronto Socorro ou Hospitais	35	30,43%
	CAPS adulto (II ou III)	5	4,35%
	CAPS i	3	2,61%
	Outro CAPS ad	3	2,61%
	Consultório na Rua	2	1,74%
	Redutores de danos	2	1,74%
	Outros	3	2,61%
	Total	84	73,04%
	Assistência	SARES	14
SAMIM		5	4,35%
SOS Rua		2	1,74%
Casas transitórias		3	2,61%
Outros		3	2,61%
Total	27	23,48%	
Outros		4	3,48%
Total		115	100%

Considerando os 115 (68,86%) usuários que foram referenciados ao CAPSad III, 84 (73,04%) vieram de equipamentos da área da saúde, 27 (23,48%) da assistência social e 4 (3,48%) de outros serviços. Estes outros serviços foram o centro de referência DST Aids (AMDA), o centro de referencia LGBT e a APAE. No campo da assistência social tivemos a Casa Santa Clara, Casa São Francisco e Casa da cidadania (equipamentos de apoio social durante o dia); além de 3 encaminhamentos do conselho tutelar e um do corpo de bombeiros.

Este dado foi verificado na folha de rosto do prontuário e no primeiro atendimento realizado por um técnico. Observou-se, porém, que o dado não esteve presente em 19,16% o que mostra a necessidade de cuidado com os registros realizados pela equipe, sendo uma informação importante para a construção de um cuidado integral e em rede. Uma hipótese é a de que esse dado não preenchido represente, em grande parte, uma demanda espontânea, tendo em vista ser um serviço de porta-aberta. Há, porém, que cuidar dos registros em equipe e aprimorar tal função junto aos processos de trabalho.

Os Pronto Atendimentos foram os que mais referenciaram os usuários em questão para iniciar tratamento no CAPSad com 35 usuários (30,43%). Tal dado aponta este serviço enquanto uma porta de entrada para esse usuário e a necessidade de qualificar esse cuidado. Segundo Cecílio (1997) os serviços de urgência e emergência surgem enquanto importantes portas de entrada pois têm uma legitimidade perante a população porém não estão estruturados para atender de forma adequada as demandas pelas quais procuram atendimento.

O resultado disto é que os pronto-socorros vivem lotados, com um número crescente de atendimento que podem dar a impressão de que a população está sendo atendida em suas necessidades, mas, de fato, não está. O tratamento feito, na maioria das vezes, é apenas paliativo, do tipo queixa-conduta ou, para cada sintoma, um medicamento, de modo que o problema de fundo de quem está buscando o atendimento não é enfrentado. Afirmar isto não significa desconsiderar que, como também já foi dito, um percentual dos atendimentos feitos em nível dos serviços de urgência é perfeitamente adequado para a pessoa naquele momento. (...)é possível oferecer mais para os usuários, no sentido de qualificar o atendimento prestado. (p.475)

No caso dos usuários de álcool e outras drogas, a busca se dá nos equipamentos de emergência nos momentos de crise, mostrando uma fragilidade para um cuidado integral. O CAPSad III em questão já realizou intervenções pontuais junto às equipes de Pronto Atendimento com o intuito de melhorar o cuidado. Parcerias efetivas e ações de matriciamento poderiam qualificar esse cuidado.

O segundo tipo de equipamento a mais referenciar foram os Centros de Saúde, com 31 usuários (26,96%). Este tipo de encaminhamento normalmente se dá através de carta de referência – contra referência. Estratégias como o matriciamento podem favorecer e qualificar a demanda de atendimento no CAPSad, além de co-reponsabilização dos usuários de álcool e outras drogas do território.

O estudo de Araújo (2013) que aborda as contribuições do matriciamento em saúde mental na atenção primária, com foco na dependência química, mostra que, com preparo desses profissionais pode-se evitar encaminhamentos desnecessários. Com isso, pode-se acolher a demanda de maneira adequada e humanizada, evitando a superlotação dos serviços especializados, em especial o CAPSad. A autora destaca ainda o matriciamento enquanto estratégia importante de educação e troca de saberes, possibilitando que os profissionais ampliem o leque de possibilidades e assim a circulação dos usuários.

Há uma grande interface com as necessidades sociais dos usuários e com isso a parceria entre os serviços torna-se crucial. O SARES – Serviço de acolhimento e Referência social oferece apoio a pessoas em situação de rua (e o terceiro equipamento em encaminhamentos, com (12,17%), oferece atendimento social, alimentação e higiene, atualmente reformulado e designado como Centro Pop (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua). Estes encaminhamentos normalmente se davam pelo profissional que o acompanhava até o CAPS.

O SAMIM é o único albergue municipal e recebe população em situação de rua por demanda espontânea e/ou encaminhada por outro equipamento da assistência. Quando o usuário dá entrada a este serviço pode permanecer normalmente por 5 dias, conseguindo renovação de sua permanência pelo acompanhamento de assistentes sociais do serviço. Caso a pessoa perca a permanência só poderá retornar depois de 6 meses para este serviço, o que traz dificuldades com o cuidado quando o usuário apresenta essa necessidade de retaguarda durante esse período. Durante o inverno, porém, é permitida sua entrada para pernoitar, chamada de “operação inverno”. Já o SOS Rua apresenta-se como equipamento de abordagem na rua.

A única equipe de Consultório na Rua de Campinas passou a atuar em julho de 2012, sendo assim havia ainda pouca articulação no momento da pesquisa, a qual passou a acontecer de forma mais intensa até pelo fato da equipe ficar lotada nas dependências do CAPSad III. O Consultório na/de Rua é um serviço recente no cenário do SUS, e vem a tona no contexto de assistência a saúde para pessoas em situação de rua.

Do total de usuários, 68,86% (115) foram acompanhados pela equipe 1 (responsável pelo acompanhamento dos usuários da região Leste e usuários fora de área da região Sul) e 31,13% (52) foram acompanhados pela equipe 2 (responsável pelo acompanhamento dos usuários da região norte e usuários fora de área da região Noroeste e Sudoeste). Cada equipe de referência contava, no período estudado, com 6 técnicos de nível superior (dentre eles psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistente social) e técnicos de enfermagem e se reuniam semanalmente para a discussão dos casos acompanhados.

Os usuários que estavam mais vulneráveis ou em crise estavam sendo acompanhados em sua maioria pela equipe 1. A divisão das equipes se dava por região porém, no início de 2014, tendo em vista a complexidade dos casos acompanhados pela equipe 1, passou-se a realizar uma divisão do cuidado aos usuários em situação de rua entre as duas equipes.

d) Caracterização da utilização dos leitos de acolhimento noturno no CAPS ad III

Para a caracterização da utilização dos leitos de acolhimento noturno foram consideradas as taxas de ocupação, intervalo e média de permanência dos usuários nos leitos, a entrada do usuário (se foi referenciado ou não, se já era acompanhado pela equipe ou não) as indicações da equipe no momento de entrada ao leito, o estado do usuário no momento de entrada (se haviam alterações no estado psíquico).

No período descrito, o leito de acolhimento noturno (leito-noite) foi ocupado 316 vezes, por 168 usuários. Um destes usuários, porém, não era cadastrado no serviço e seus dados não serão apresentados. Este caso específico era acompanhado em um CAPS III do mesmo território e ficou em retaguarda por uma noite à pedido da equipe pela qual é cuidado, por falta de vaga no seu respectivo equipamento. Sendo assim, serão apresentados dados de 167 usuários, que ocuparam o leito-noite 315 vezes no período descrito.

No que diz respeito a caracterização das indicações da equipe para inserção nos leitos noturnos, utilizou-se como fonte de dados a ficha de inserção para o leito. Como já descrito, este foi instrumento criado pela equipe para controle interno dos casos que são inseridos no leito. Nesta ficha, constam como possibilidades de indicação: promoção de abstinência, estabilização clínica, estabilização psiquiátrica, necessita de ambiente protegido, questões sociais, aguarda consulta, outros.

Apesar de nesse período terem acontecido 315 inserções no leito-noite, foram localizadas 296 fichas (93,97%), as quais serão descritas. Foram encontradas um total de 683

indicações, numa média de 2,31 indicações por inserção no leito de acolhimento noturno. Na tabela 8 podemos verificar a distribuição das indicações.

Tabela 8: Indicações para inserção no leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.

Promoção de abstinência	238	34,85%
Estabilização psiquiátrica	144	21,08%
Necessita de ambiente protegido	141	20,64%
Estabilização clínica	69	10,10%
Questões sociais	46	6,73%
Aguarda consulta	12	1,76%
Outros	33	4,83%
Total	683	100%

Quando o CAPSad passou a ser 24horas, alguns profissionais da equipe elaboraram uma ficha para que a equipe utilizasse na inserção em leito-noite (para acompanhamento). Baseou-se em dados de ficha utilizada para leito de retaguarda noturna utilizada anteriormente em leitos no Serviço de Saúde Cândido Ferreira e na prática dos profissionais.

A promoção de abstinência foi uma das indicações consideradas, a qual era utilizada tanto para conseguir acompanhar uma Síndrome de Abstinência Alcólica, assim como para favorecer uma investigação diagnóstica e auxiliar com que o usuário interrompesse o seu uso naquele período. A estabilização clínica e psiquiátrica vem ao encontro com esse item. Um olhar para as questões sociais foi para usuários que apresentavam demandas da assistência para além do uso de SPAs. O item aguarda consulta era utilizado para pessoas que faziam retaguarda de leito para garantir a realização de exames em outros equipamentos (já agendados) principalmente para usuários em situação de rua. Foram consideradas as percepções da pesquisadora, tendo em vista que os critérios não foram discutidos de forma mais ampla.

Aponta-se que seria interessante uma mudança no registro, considerando nas diretrizes da portaria do CAPS ad 24 horas, que caracteriza como indicações: redução de danos, prevenção de recaída, tratamento de abstinências leves, proteção em condições de riscos sociais, extrema vulnerabilidade e em caso de fissuras intensas. Pode ser visto ainda como um lugar de cuidado e proteção para usuários em situação de crise e maior gravidade, devendo a equipe regular o acesso segundo critérios clínicos (em especial a desintoxicação) e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de

conflitos, dentre outros. (BRASIL, 2012). A fissura, tão comum aos usuários que são inseridos no leito-noite, pouco foi considerada tendo em vista que o instrumento de coleta não previa essa indicação.

A ficha permite indicar se o usuário apresentava alterações em seu exame psíquico no momento de inserção no leito-noite. Apesar de terem sido localizadas 296 fichas, o dado estava preenchido em 285 delas (96,28%). Das 285 “fichas”, 190 (66,67%) apresentavam alterações no exame psíquico no momento de inserção ao leito de acolhimento noturno e 95 (33,33%) não apresentavam. Destas 190 “fichas” foram registradas 397 alterações no exame psíquico, com média de 2,09 alterações por inserção em leito de acolhimento noturno. A tabela 9 mostra a sua distribuição.

Tabela 9: Alterações presentes no exame psíquico no momento de entrada no leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.

	N	%
Alteração de humor	Humor deprimido	81 20,40%
	Humor eufórico	13 3,27%
	Humor irritável	10 2,52%
	Humor distímico	9 2,27%
	Humor embotado	6 1,51%
	Total	119 29,97%
Alucinações e Delírios	Alucinação visual	37 9,32%
	Alucinação auditiva	41 10,33%
	Alucinação cinestésica	5 1,26%
	Delírio	13 3,27%
Total	96 24,18%	
Insônia	90	22,67%
Alterações de pensamento	44	11,08%
Alteração da atenção	27	6,80%
Alteração da consciência	16	4,03%
Outros	5	1,26%
Total	397	100%

*Outros: fissura (2) e desorientação (3)

Sanches et al (2005), ao sistematizar uma avaliação do estado psíquico dos usuários, aponta que a avaliação do humor e afeto são os aspectos mais difíceis e subjetivos do exame, tendo em vista as inúmeras variações das emoções e sentimentos. Denomina o humor como a emoção predominante durante a entrevista e o afeto como a totalidade das emoções bem como a sua relação com o conteúdo do pensamento.

Dentro das “alterações de pensamento” a ideação suicida esteve presente em 14 delas (31,81%) podendo esse dado ser maior tendo em vista que a ficha não destacava essa questão. Tal aspecto é um dado importante da avaliação de risco do quadro e pertinência ou não do cuidado em leito-noite ou espaço mais protegido de uma internação hospitalar.

Stefanello e Campos (2014) abordam que, dentre os dependentes de álcool, as alucinações e ilusões visuais, táteis e até auditivas são sintomas comuns na abstinência, acompanhadas, quase sempre, de alterações na consciência. Apontam a necessidade, porém, de se distinguir de uma psicose do dependente, na qual há alucinações auditivas mais duradouras, com consciência clara e delírios de ciúmes e persecutórios.

A maior parte dos casos inseridos em leito-noite (77,39%) já estava em acompanhamento no CAPSad III, embora esse acompanhamento não necessariamente acontecesse de forma regular. Vinte e dois usuários (7%) estavam em abandono de tratamento (não compareciam há mais de 3 meses) e nove (2,87%) haviam retornado recentemente (há menos de 1 mês). Dezenove (6,05%) eram casos novos, sendo cadastrados no dia em que foram inseridos no leito-noite e 15 (4,78%) haviam sido inseridos há menos de um mês. A informação não foi localizada em seis ocupações do leito-noite (1,91%).

A partir da indicação da equipe para a retaguarda em leito-noite, a maioria (93,95%) foi inserida diretamente (após avaliação da equipe, incluindo do profissional médico). Onze casos (3,5%), porém, necessitaram de retaguarda hospitalar (em Pronto Socorro) para estabilização do quadro, tendo em vista apresentarem sintomas graves de síndrome de abstinência, em sua maioria. Dois casos (0,64%) foram avaliados para leito porém não havia vaga, sendo articulada retaguarda familiar e apoio de outros equipamentos, e inserção no dia seguinte. Não há porém um registro desses casos em que foi avaliado leito porém não havia vaga.

Esta articulação com demais pontos de atenção nem sempre é fácil e torna-se alvo de preocupação das equipes. O estudo de Clemente et al (2013) sobre um CAPSad III de Vitória - ES mostra as tensões na inserção em leito noite diante do contexto local.

A equipe sabe que "bancar" uma acolhida noturna requer que se esteja muito bem articulado com os fluxos de atenção à urgência e emergência - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), retaguarda em prontos-socorros e leitos em hospitais gerais, sendo que esta retaguarda é um dos grandes nós históricos locais, uma vez que esse nível de atenção não se encontra organizado no município, ainda apenas sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Tal situação põe em "cheque" a proposta da atenção integral que deve ser oferecida e facilitada com os CAPS III, produzindo tensionamentos na rede de cuidados. As tramas se acirram e as equipes tendem a se tornar pouco permeáveis aos fluxos e movimentos de cada situação singular. (p.87)

No período da coleta de dados o CAPSad III contava com o profissional médico em quase todos os períodos diurnos, o que facilitava a inserção de usuários que eram avaliados para leito e que estavam intoxicados por exemplo, sendo possível realizar o cuidado no próprio espaço do serviço ao longo do dia.

É importante lembrar que os leitos em CAPS não constituem espaços que disponham de estrutura que comporte emergência clínica assim como a presença do profissional médico no período noturno principalmente. Dessa forma, de acordo com o apresentado em cartilha do Ministério (BRASIL, 2010) não é indicada a inserção de usuários que apresentem quadros clínicos graves que os coloquem em risco de morte, devendo, neste caso, serem utilizados leitos de hospital geral. Algo a ser levado em consideração é o uso do álcool que em uma síndrome de abstinência grave pode desenvolver *delirium tremens*², condição que demanda cuidado hospitalar.

A avaliação para o leito-noite foi feita pela equipe em todos os casos, sendo o plantonista do período o responsável pela maior parte das indicações (39%), seguida pela avaliação da referência do caso e/ou terapeuta (37%). Seis deles vieram encaminhados de outros equipamentos com indicativo de leito (8%). Espaços de reunião de equipe de referência também foram utilizados para avaliar indicação de leito-noite assim como grupo de acolhimento, avaliação da equipe de enfermagem e de abordagem na rua da equipe de redução de danos.

Quarenta e oito (15,29%) não concluíram o tratamento proposto pela equipe em leito-noite. Destes, 26 (54,17%) por alta a pedido, 13 (27,08%) por evasão e nove (18,75%) por a equipe considerar que o leito não estava sendo benéfico naquele momento (vinculado à quebra de regras dos usuários). Tal aspecto diz respeito às diferentes percepções da equipe

² *delirium tremens*: grave complicação de uma síndrome de abstinência alcoólica, caracterizado por alucinações, alteração do nível da consciência e desorientação (LARANJEIRAS et al, 2000)

quanto ao modelo de cuidado na crise, o que por vezes geram angústias aos profissionais e diferentes condutas. A pesquisa-intervenção realizada em um CAPSad do estado de Minas Gerais, abordou os dilemas da clínica ad e os diferentes momentos e movimentos da equipe acompanhada.

Já em relação ao acolhimento aos usuários do serviço, pode-se dizer que boa parte das dificuldades e angústias levantadas por alguns profissionais durante as rodas dizia respeito ao lidar com as drogas ou quando há fortes suspeitas de que ele está portando drogas, ou então quando a suspeita é de que esteja usando drogas no CAPSad. Quando os profissionais se deparam com a crise, há dificuldades para acolher, prevalece uma atitude instituída pautada pela lógica do internamento e o argumento é que aqueles usuários não se adequam à rotina de tratamento, como se atender à crise não fosse casos em que o usuário chega para o acolhimento sob o efeito papel do CAPSad. (SILVEIRA et al, 2010, p. 190)

A alta do leito de acolhimento noturno da maioria dos casos foi para a continuidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no CAPS. Dezesete casos (5,41%) foram encaminhados para internação em outros equipamentos: nove para leitos em hospital geral no Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV) e cinco para uma vaga no Núcleo de Retaguarda do Serviço de Saúde Cândido Ferreira (mais especificamente no Núcleo de Atenção à Crise, devido comorbidades psiquiátricas).

Conforme já mencionado, a rede de saúde mental de Campinas conta como retaguarda de internações: um núcleo de retaguarda do Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira (com 10 leitos específicos para álcool e outras drogas, além de leitos para outras questões psiquiátricas) e a enfermaria de saúde mental no Complexo Hospitalar Ouro Verde com vinte leitos (não exclusivos para álcool e outras drogas).

É de competência do CAPSad III, segundo portaria 130, de 26 de janeiro de 2012, o compartilhamento da responsabilidade pelos usuários que estão internados em Hospital Geral ou outros Pontos de Atenção. Não foi objeto de estudo dessa pesquisa, porém, o levantamento dos dados dos usuários que foram internados em outros espaços.

A taxa de ocupação do leito de acolhimento noturno variou de 62,50% a 93,95%, com média de permanência entre 5,52 a 10,09 dias. O número de usuários que ocuparam o leito por mês variou entre 21 a 32, sendo que os mesmos utilizaram o recurso de 21 a 36 vezes no mês. (Tabela 10; Gráficos 1 e 2).

Tabela 10: Indicadores da utilização do leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.

<i>Mês</i>	<i>Tx. de Ocupação</i>	<i>Nº de Entradas</i>	<i>Nº Usuários</i>	<i>Intervalo Permanência</i>	<i>Média de Permanência</i>
Abril	91,25%	25	24	1 – 33 dias	8,6 dias
Maio	93,95%	26	26	2 – 20 dias	8,85 dias
Junho	80%	24	21	1 – 18 dias	7,54 dias
Julho	62,50%	29	27	1 – 14 dias	5,52 dias
Agosto	77,82%	36	29	1 – 13 dias	5,55 dias
Setembro	67,08%	24	23	1-14 dias	5,75 dias
Outubro	69,35%	32	32	1-20 dias	6,125 dias
Novembro	75,00%	24	24	1-17 dias	7,25 dias
Dezembro	79,03%	24	22	1-29 dias	8,75 dias
Janeiro	89,52%	21	21	5-22 dias	10,09 dias
Fevereiro	85,71%	24	24	2-13 dias	7,12 dias
Março	85,48%	25	25	1 – 17 dias	8,16 dias
Total	79,72%	26,16	24,83	1,5 – 19,16 dias	7,44 dias

Gráfico 1: Taxa de ocupação por mês do leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.

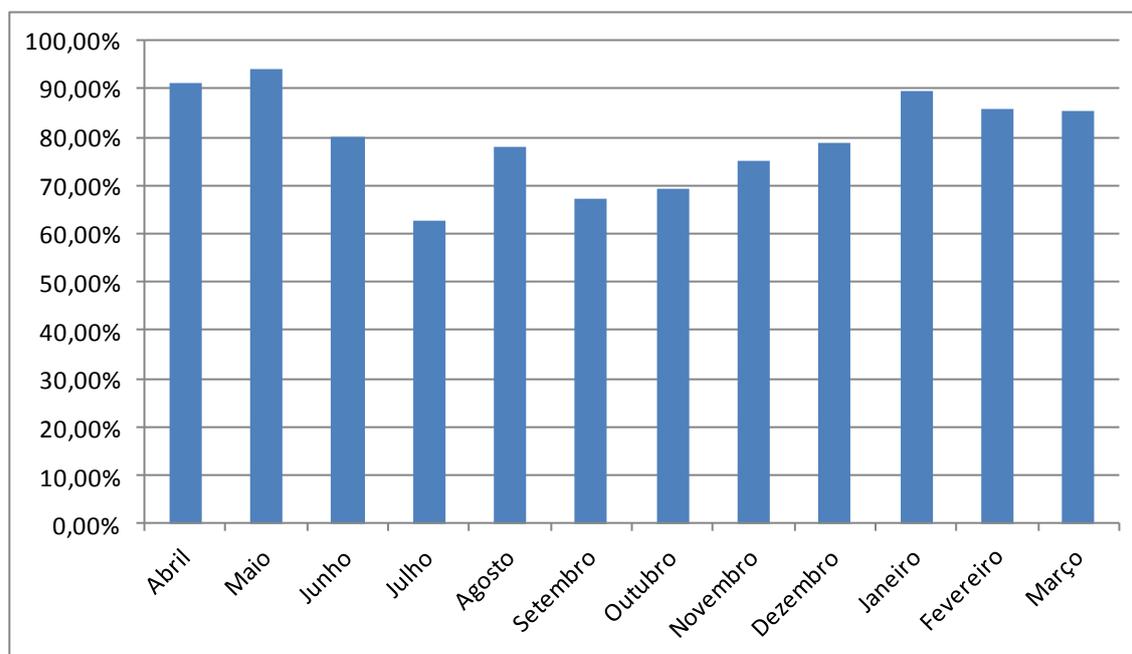
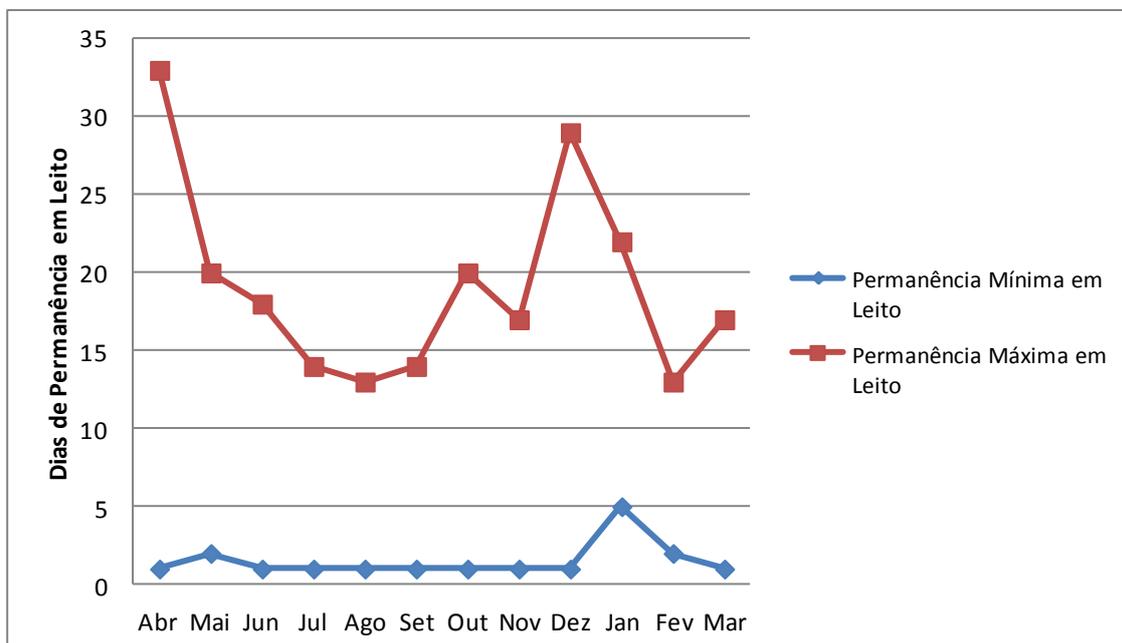


Gráfico 2: Permanência mínima e máxima por mês do leito de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.



A média de permanência de dias em leito noite no mês de janeiro foi expressivamente maior (10,09 dias) do que a média total de dias do período estudado. Além disso, foi o mês com menos inserções em leito noite, num total de 21. Já o mês de outubro apresentou o maior número de inserções, com 32 entradas e 32 usuários, embora tenha sido um dos meses com taxa de ocupação mais baixa (69,35%).

De acordo com a portaria 130 de 26 de janeiro de 2012 a permanência de um mesmo usuário em leito no CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. A portaria diz ainda que, caso haja necessidade da permanência por um período maior que 14 dias o usuário deve ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. Casos excepcionais podem ser justificados pela equipe à Coordenação Municipal de Saúde Mental para o pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares.

Para isso, novamente a necessidade de articulação da rede se faz necessária. Para Zeferino (2014) um PTS exige a pactuação com o usuário e sua rede de suporte social assim como os recursos para o enfrentamento das crises que possam surgir ao longo do tratamento. Podemos pensar nos leitos em CAPSad III enquanto um espaço de acolhimento da crise mas é essencial que o usuário tenha um acesso ampliado nos diversos pontos de atenção para realizarmos intervenções que evitem a crise.

Percebe-se que na maior parte dos meses foi necessário utilizar o dispositivo por um período maior de tempo do que o previsto na portaria (exceto nos meses de julho, agosto,

setembro e fevereiro). Uma hipótese é a de que, por diversas vezes, o leito é utilizado como alternativa para suprir outras demandas não existentes ou precárias na rede assistencial.

e) Leitos de acolhimento noturno no CAPS ad III e pessoas em situação de rua

Considerando os dados coletados nesta pesquisa com relação à variável “com quem mora”, foi expressivo o número de usuários em situação de rua que utilizaram o leito de acolhimento noturno. Tendo em vista a sua vulnerabilidade e considerando a grande presença de pessoas em situação de rua atendidas por esse equipamento e a suas particularidades, foram realizados alguns cruzamentos de dados para maior conhecimento dessa parcela de usuários.

A demanda de usuários em situação de rua que são acompanhados no CAPSad III em questão vem aumentando consideravelmente, o que implica em novas formas de cuidado. A partir do livro de registro da equipe dos cadastros dos usuários, observou-se que, em 2012, foram realizados 511 acolhimentos de casos novos; destes, 81 estavam em situação de rua (15,8%). Em 2013, foram realizados 703 acolhimentos de casos novos; destes, 164 pessoas em situação de rua (23,32%). Em 2014, até o primeiro semestre, 30% dos casos novos eram de pessoas em situação de rua.

Mattos e Ferreira (2004) apontam uma série de representações sociais pejorativas, específicas para as pessoas em situação de rua, que se materializam nas relações sociais: preguiçoso, vagabundo, sujo, bêbado, coitado, perigoso, mendigo. Tais conteúdos irão interferir na construção da identidade dessas pessoas tendo em vista que o conhecimento socialmente compartilhado será utilizado como suporte para a construção de suas identidades pessoais.

Londero et al (2014) mostra que esses usuários demandam um cuidado que nem sempre seguirá a lógica proposta pelos profissionais e aponta que para atender as demandas da rua, os equipamentos de saúde necessitam da exposição, do fora, do outro lado, da surpresa:

Não à toa, muitos usuários resistem ao acolhimento oferecido – ficam impacientes – e, de certa forma, dentro da lógica em que vivem, têm um ato de saúde ao resistir ao que lhes “invade”, mesmo que seja na melhor das intenções. Infelizmente – e por incrível que pareça –, essa resistência e reação ativa dos usuários aparece como agressão gratuita a ser combatida e contida sem a carga de compreensão para com o contexto de vida ali instalado. (p. 9)

Segundo dados da pesquisa nacional sobre a população em situação de rua (2008), o que leva a pessoa a estar nesta situação são o uso problemático ou dependente de álcool e outras drogas (35,5%), o desemprego (35,5%) e as desavenças familiares (29,1%).

Serão considerados nesta análise 66 usuários que representam 39,52% dos estudados, incluindo 57 que estavam em situação de rua e 9 que estavam em casas de assistência.

Os usuários que estavam em situação de rua eram acompanhados em sua maioria no CS Centro (69,70%) por ficarem na região central, 30,3% estão cadastrados em outros CSs, embora pouco frequentem tal equipamento da saúde. Observou-se que o momento do leito-notite foi utilizado como possibilidade de articulação com tais serviços.

A tabela 11 apresenta a caracterização quanto ao gênero, faixa etária e naturalidade dos usuários que estavam em situação de rua, dos que não estavam e da totalidade dos usuários.

Tabela 11: Caracterização quanto a gênero, faixa etária e naturalidade dos usuários em situação de rua, dos usuários com moradia e da totalidade de usuários que ocuparam os leitos de acolhimento noturno, Campinas 2012-2013.

		N sit. rua	% sit. rua	N com moradia	% com moradia	N total	% total
Gênero	Feminino	16	24,24%	22	21,78%	38	22,75%
	Masculino	50	75,76%	79	78,22%	129	77,25%
	Total	66	100%	101	100%	167	100%
Faixa etária	18 aos 20 anos	3	4,54%	5	4,95%	8	4,79%
	21 aos 30 anos	14	21,21%	14	13,86%	28	16,77%
	31 aos 40 anos	28	42,42%	33	32,67%	61	36,53%
	41 aos 50 anos	10	15,15%	22	21,78%	32	19,16%
	51 aos 60 anos	7	10,60%	19	18,81%	26	15,57%
	61 aos 70 anos	4	6,06%	6	5,94%	10	5,99%
	71 anos ou mais	0	0%	2	1,98%	2	1,20%
Total	66	100%	101	100%	167	100%	
Naturalidade	Campinas	20	30,30%	47	46,53%	67	40,12%
	Estado de SP	20	30,30%	16	15,84%	36	21,56%
	Outros Estados	20	30,30%	22	21,78%	42	25,15%
	Sem informação	6	9,09%	16	15,84%	22	13,17%
	Total	66	100%	101	100%	167	100%

A proporção entre usuários do gênero masculino e feminino foi próxima comparando usuários em situação de rua e com moradia, sendo ligeiramente maior a frequência de mulheres/feminino 24,24% em situação de rua e 21,78% de usuários com moradia. Ressalta-se que duas dessas usuárias eram travestis. Rocha et al (2013) referem que, se uso de substâncias psicoativas já é um desafio para a saúde pública, este, relacionado com a população de travestis exige sistematização singular, pela vulnerabilidade característica desse segmento, como expressam abaixo.

As travestis, assim como ocupam a fronteira do sexo e situam-se num gênero subversivo ao expressarem algo diferente do que a sociedade marcada pela heterossexualidade compulsória prescreve, também ocupam a fronteira quando se trata das drogas: usuárias-dependentes. (...) é fundamental que uma política integrada seja desenvolvida, para aumentar os repertórios de existência dessas pessoas, em termos de educação, saúde e trabalho historicamente restringidos. (ROCHA et al, 2013, p.563)

Os usuários em situação de rua apresentavam com maior frequência a idade entre 21 e 40 anos (63,63%) e os usuários com moradia a faixa etária mais presente foi entre 31 e 50 anos (54,45%). Um dado interessante é o de que nenhum dos usuários maior de 70 anos estava em situação de rua.

Houve uma frequência maior de usuários procedentes de outros municípios (seja do estado de SP como de outros) entre os usuários em situação de rua (60,60%), comparados aos usuários com moradia (37,62%) Segundo dados do censo realizado pelo governo federal de pessoas em situação de rua em 2007, as pessoas se deslocavam de suas cidades por procura de oportunidades de trabalho (45,3%) e por desavenças familiares (18,4%). Esses dados não foram coletados nesta pesquisa.

A tabela 12 apresenta dados comparativos entre os usuários em situação de rua, com moradia e totalidade dos usuários com relação à escolaridade.

Tabela 12: Caracterização quanto à escolaridade dos usuários em situação de rua, com moradia e total dos usuários do CAPSad IIIo, Campinas 2012-2013.

	N sit. rua	% sit. rua	N com moradia	% com moradia	N total	% total
Analfabeto	1	1,51%	2	1,98%	3	1,80%
Ensino Fundamental Incompleto	35	53,03%	32	31,68%	67	40,12%
Ensino Fundamental Completo	10	15,15%	15	14,85%	25	14,97%
Ensino Médio Incompleto	4	6,06%	21	20,79%	25	14,97%
Ensino Médio Completo	7	10,60%	16	15,84%	23	13,77%
Ensino Superior Incompleto	2	3,03%	5	6,93%	7	4,19%
Ensino Superior Completo	2	3,03%	1	0,99%	3	1,80%
Sem informação	5	7,57%	9	8,91%	14	8,38%
Total	66	100%	101	100%	167	100%

Os dados mostram que, embora as pessoas em situação de rua apresentem, num geral, grau de escolaridade mais baixo (53,03% com ensino fundamental incompleto) um dado que chama atenção é que, das 3 pessoas que apresentavam ensino superior completo, duas estavam em situação de rua.

As substâncias psicoativas de uso assim como a idade de início também foram dados cruzados, conforme a tabela 13 abaixo.

Tabela 13: Caracterização quanto à substância psicoativa de uso e idade de início de uso dos usuários em situação de rua, com moradia e totalidade dos usuários do CAPS ad III, Campinas 2012-2013.

		N sit. Rua	% sit. Rua	N com moradia	% com moradia	N total	% total
SPA de uso	Só álcool	19	28,78%	47	46,53%	66	39,52%
	Só cocaína e/ou crack	5	7,57%	6	5,94%	11	6,59%
	Múltiplas drogas	42	63,63%	48	47,52%	90	53,89%
	Total	66	100%	101	100%	167	100%
Idade do início de uso	7 a 10 anos	12	18,18%	10	9,90%	22	13,17%
	11 a 17 anos	43	65,15%	62	61,38%	105	62,87%
	18 a 25 anos	6	9,09%	15	14,85%	21	12,57%
	Maior que 25 anos	1	1,51%	4	3,96%	5	2,99%
	Não soube referir	1	1,51%	0	0%	1	0,60%
	Sem informação	3	4,54%	10	9,90%	13	7,78%
	Total	66	100%	101	100%	167	100 %

O uso exclusivo de álcool foi consideravelmente maior nos que possuem moradia (46,53%) comparado aos que estão em situação de rua (28,78%). Além disso o início do uso foi mais precoce entre os usuários em situação de rua, com 83,33% tendo seu início antes dos 18 anos, comparado a 71,28% com os que apresentavam moradia no momento de inserção em leito-noite.

Este início do uso de substâncias psicoativas ainda mais precoce entre os usuários em situação de rua retoma a necessidade de ações de prevenção junto às crianças e adolescentes. Não foi possível com esta pesquisa, porém, identificar o tempo que estes usuários estavam na rua.

Podemos considerar que a vida na rua pode ser uma causa ou consequência de problemas de saúde. O uso abusivo de álcool, por exemplo, é muito comum seja por comportamento e hábitos anteriores ou adquiridos em função da necessidade de não sentir frio e de “fugir” de realidades adversas (BRASIL, 2012).

Na próxima tabela temos à comparação dos equipamentos que originalmente encaminharam para o CAPSad III os usuários em situação de rua, com moradia e o total de usuários (tabela 14).

Tabela 14: Equipamento de origem do usuário em situação de rua, do usuário com moradia e da totalidade dos usuários em leito de acolhimento noturno no CAPSad III, Campinas 2012-2013.

	N situação de rua	% Rua	sit.	N usuários com moradia	% usuários com moradia	N total de usuários	% Total de usuários
Origem	Saúde	20	33,33%	64	63,63%	84	50,30%
	Assistência	26	39,39%	1	0,99%	27	16,17%
	Demanda espontânea	8	12,12%	12	11,88%	20	11,98%
	Outros	2	3,03%	2	1,98%	4	2,39%
	Sem informação	10	15,15%	22	21,78%	32	19,16%
	Total	66	100%	101	100%	167	100%

Os equipamentos da área da saúde foram os que mais referenciaram os usuários, sendo quase o dobro entre os com moradia (63,63%) comparado com os usuários em situação de rua (33,33%). Apenas um dos casos referenciados pela assistência não estava em situação de rua e a demanda espontânea foi similar entre os dois grupos.

A falta de informação nesse quesito foi grande (19,16% no geral), o que demanda repensar os processos de trabalho sendo um dado importante para articulação do cuidado.

A tabela 15 apresenta as comorbidades mais prevalentes entre os usuários em situação de rua, com moradia e o total de usuários.

Tabela 15: Caracterização das comorbidades apresentadas pelos usuários em situação de rua, com moradia e total, que ocuparam os leitos de acolhimento noturno do CAPSad III, Campinas 2012-2013.

	N situação de rua	% sit. Rua	N usuários com moradia	% usuários com moradia	N total de usuários	% Total de usuários
Transtornos depressivos	22	30,13%	32	24,61%	54	26,6%
Hipertensão	4	5,47%	18	13,85%	22	10,84%
Transtornos de personalidade	8	10,96%	11	8,46%	19	9,36%
Esquizofrenia	8	10,96%	11	8,46%	19	9,36%
Hepatites	6	8,21%	7	5,38%	13	6,40%
Transtornos de ansiedade	3	4,11%	9	6,92%	12	5,91%
Diabetes	3	4,11%	4	3,07%	7	3,45%
Epilepsia	2	2,74%	5	3,85%	7	3,45%
Retardo mental	2	2,74%	4	3,07%	6	2,95%
HIV+	4	5,47%	0	0%	4	1,97%
Neuropatias	1	1,37%	2	1,54%	3	1,48%
Sífilis	2	2,74%	0	0%	2	0,98%
Outros	8	10,96%	27	20,77%	35	17,24%
Total	73	100%	130	100%	203	100%

Como já abordado no texto foi expressivo o número de usuários que apresentavam algum tipo de comprometimento psiquiátrico (no caso, transtornos depressivos, de personalidade, de ansiedade e a esquizofrenia), sendo mais frequente entre os usuários em situação de rua (56,16%) comparados aos usuários com moradia (48,45%).

Ainda de acordo com o censo realizado em 2007, dentre as pessoas em situação de rua entrevistadas, 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde, sendo mais prevalentes: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). (BRASIL,2012). Em nossa pesquisa apresentamos um número grande de comprometimentos, porém ressalva-se que o censo trabalhou com a condição referida pelo usuário e aqui trabalhamos com a condição aferida pela equipe.

Observou-se ainda que, 100% usuários com sífilis (2) e soropositivos (4) estavam em situação de rua. Silveira (1992) aponta que o dependente de substâncias psicoativas soropositivo tem de lidar com a carga de preconceito que estas duas condições implicam. No

caso da pesquisa, 100% dos usuários soropositivos estavam em situação de rua, uma terceira condição de preconceito e vulnerabilidade a ser vivida.

Como já mencionado, de acordo com a portaria 130 de 26 de janeiro de 2012, a permanência de um mesmo usuário em leito deve se limitar a 14 dias no período de um mês. Das 315 ocupações em leito noite do período estudado, 16 delas necessitaram de uma permanência maior do que esses 14 dias previstos pela portaria. Destes, 13 (81,25%) estavam em situação de rua.

Tal dado mostra a utilização do leito por outras demandas, tal como as assistenciais, e o quanto o leito muitas vezes entra para suprir recursos não existentes ou de difícil acesso.

Um olhar para os leitos de acolhimento noturno trouxe os diversos desafios da consolidação de sua prática. Foi possível com este estudo caracterizar o perfil sócio econômico e demográfico dos usuários que utilizaram o leito de acolhimento noturno neste período de um ano assim como seu perfil clínico e considerações específicas com os usuários em situação de rua, tendo em vista sua vulnerabilidade e por representarem uma parcela expressiva da população que é cuidada pelo equipamento. Além disso, um olhar para a utilização dos leitos tal como as indicações da equipe e a vinculação ao equipamento foram descritas a fim de ampliar o conhecimento e caracterizar como tem se consolidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados permitiram retomar a questão inicial da pesquisa: de que maneira o uso do dispositivo do leito de acolhimento noturno, no contexto dos CAPS ad III têm contribuído para um cuidado integral ao usuário de álcool e outras drogas?

O fato de ser um dispositivo regulado pela própria equipe permite que a mesma acompanhe o usuário com maior proximidade nesse momento de crise. Frente aos dados levantados observa-se que, no período de um ano estudado (abril de 2012 à março de 2013), o leito foi ocupado 315 vezes por 167 usuários, com taxa de ocupação que variou de 62,50% a 93,95% e com uma média de permanência entre 5,52 a 10,09 dias. Mensalmente, uma média de 24,83 acessaram o leito noite, sendo a maioria do sexo masculino (77,25%), solteiros (46,11%), com faixa etária entre 31 e 40 anos (36,53%), perfil presente em outras pesquisas realizadas com usuários de CAPSad.

A procura pelo tratamento aconteceu principalmente devido ao uso de múltiplas drogas (53,89%), destacando o álcool associado ao crack e/ou cocaína e/ou maconha, seguido devido dependência exclusiva do álcool (39,52%), o que é contrário ao demonstrado pela mídia no “combate ao crack”. Demonstra assim, que as drogas lícitas, também neste estudo, é que causam maior impacto na saúde pública e estão presentes nos principais agravos relacionados ao uso de drogas.

A grande maioria dos casos inseridos em leito noite já eram acompanhados pela equipe do CAPSad III (77,39%) e em sua maior parte o tempo de cadastro no local era de até 6 meses (36,53%). Os serviços de pronto atendimento foram os equipamentos que mais referenciaram os usuários (30,43%), que acompanham normalmente num momento de intoxicação ou abstinência.

Conhecer um pouco mais do perfil dos usuários que acessaram o leito-noite no período da pesquisa de campo é necessário para o conhecimento do contexto e pode dar visibilidade para situações de maior vulnerabilidade tal como o cuidado dos que estão em situação de rua. Estes representam uma parcela significativa dos que são atendidos na crise no CAPSad III e encaminhados para o leito de acolhimento noturno (34,13%). Representam uma população com maior vulnerabilidade e a necessidade de articulação com equipamentos da saúde, da assistência social e outros. Dos usuários que necessitaram a utilização do leito por um período superior a 14 dias dentro de um mês, o qual é previsto pela portaria que regulamenta os CAPSad III, 81,25% deles estavam em situação de rua. Tal dado mostra um

dos grandes desafios do leito de acolhimento noturno, utilizado por vezes para suprir demandas outras para além do cuidado frente ao uso de substâncias psicoativas.

O cuidado à essa população torna-se um desafio cotidiano e desafia as equipes para o cuidado tendo em vista que, mesmo estando em situação de maior risco, são muitas vezes os que mais resistem ao tratamento. A criação de novas estratégias de cuidado, tal como a implantação de uma equipe de Consultório na Rua e Unidade de Acolhimento Transitório, vem a somar no cuidado à essa população (BRASIL, 2012).

Foi possível também um conhecimento dos territórios mais vulneráveis. A região central, que além dos moradores dos bairros da região é o local de maior concentração de usuários em situação de rua. Outras regiões que surgiram foi a do Costa e Silva, Taquaral e fora de área. O fato de ser o primeiro CAPSad III do município faz com que o mesmo ainda atenda alguns usuários pertencentes à outras regiões pelo vínculo já mantido com os mesmos. Apenas no início de 2012 (mesmo período que o CAPS em questão passou a atender 24 horas que o CAPSad da região Noroeste foi criado). Estratégias como o matriciamento são caminhos essenciais para esse cuidado articulado com a atenção básica (CAMPOS e DOMITTI, 2007; BRASIL, 2004).

A perda do papel ocupacional de trabalhador esteve presente em grande parte dos usuários (51,50%) assim como a baixa escolaridade, com 40,12% com ensino fundamental incompleto. Além disso, a iniciação do uso de substância na infância e adolescência esteve presente em mais de 75%. Tais dados apontam para a necessidade de do CAPSad III realizar articulação intersetorial, para que de fato consiga cumprir seu papel de reabilitação psicossocial.

Com relação às indicações foram considerados dados da ficha de inserção ao leito, instrumento criado pela equipe para um controle interno dos que acessavam o leito e feito de uma forma de simples preenchimento. Isso revela, porém, a grande presença da indicação “promoção de abstinência” e a redução para o termo não traz necessariamente a complexidade que se pensou na indicação. Dentre as indicações para inserção no leito de acolhimento noturno, além da promoção de abstinência (34,85%), as mais presentes foram “estabilização psiquiátrica” (21,08%) e a necessidade de ambiente protegido (20,64%). A presença de comorbidades mostrou-se expressiva, principalmente os comprometimentos psiquiátricos, o que demanda diferentes tipos de cuidado e parcerias tendo em vista o CAPSad não possuir aparato técnico e perfil para cuidar de tantas frentes.

Para que o cuidado em leito-noite no CAPSad III possa de fato ser efetivo, o trabalho em rede é condição essencial, afim de sustentar os projetos terapêuticos de cada usuário em sua comunidade e território, garantindo os seus direitos e produzindo cidadania.

Ter os leitos na própria equipe parece que tem diminuído o uso de internações em outros equipamentos (nesse período) porém não foi possível verificar com a pesquisa, o que revela a necessidade de incluir dados gerais de internações e não apenas dos que tiveram retaguarda do leito-noite. Não foi possível verificar também casos em que seriam indicados para leito e que não havia vagas. Percebe-se a necessidade de se fazer uma leitura mais ampliada do dispositivo e planejar o mesmo enquanto uma possibilidade de cuidado.

No presente estudo, algumas dificuldades foram encontradas relacionadas à busca de informações, pelo fato de essas serem obtidas por meio de dados secundários, momento em que se percebeu falta de alguns registros nos diferentes instrumentos (fichas, prontuários). Tal fator aponta para a necessidade de se olhar para o processo de trabalho e rever o modo de registro de forma a facilitar e valorizar tais ações no cuidado ao usuário. Percebe-se ainda a necessidade de novos estudos, de caráter qualitativo, de modo a se verificar os sentidos do leito de acolhimento noturno para os usuários dentre outros recortes, a fim de qualificar o uso do dispositivo, tão recente na rede de saúde mental.

Considera-se que tais dados representam uma fotografia do funcionamento do leito de acolhimento noturno do CAPS no período estudado, a partir do olhar da pesquisadora-trabalhadora, mas que podem contribuir para o conhecimento e caracterização do serviço. Acredita-se que o estudo epidemiológico pode contribuir na avaliação por meio da disponibilização de dados e informações e o fato de ser um mestrado profissional e a implicação da pesquisadora no campo de trabalho possibilitou um acompanhamento de um processo vivo, analisando e revendo o processo no momento que se realizava.

Como parte do compromisso assumido junto a equipe do CAPSad III no qual a pesquisa foi realizada, pretende-se planejar oficinas a fim de oferecer um feedback sobre os principais resultados do trabalho e discutir/problematizar formas de enfrentar os desafios observados. Neste sentido destaca-se que a equipe está informada e receptiva a esta etapa do trabalho. Entende-se que o momento de encontro com o campo de pesquisa após a finalização é fundamental para colaborar com a práxis do cuidado, aportando para a equipe informações estratégicas na tentativa de contribuir com essa construção de cuidado, assim como a articulação da rede de saúde mental do município.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALVES, V.S.; LIMA, I.M.S.O. Atenção à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil: Convergência entre a Saúde Pública e os Direitos Humanos. *Rev. Disan*, São Paulo. v.13, n.3, p.9-32, fev. 2013.

ARAÚJO, A.C.C. Atenção Primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. v. 37, n. especial, p. 61-69, dez. 2013.

ARAÚJO, R.B. et al. *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro. v.57, n.1, p.57-63, 2008.

AYRES, J.R. et al. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro. 2008.

BARBOSA, A.J. et al. Prevenção escolar ao uso de drogas por adolescentes: intervenções que funcionam. In: RONZANI, T.M; SILVEIRA, P.S. (Org.) *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Org.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS. Equipe de Referência e Apoio Matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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*. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III)*. Brasília, 2012.

_____. *Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.* Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes.* Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRIGUET, A. P. *Ritmos de encontro: a Terapia Ocupacional e a Farmacodependência.* 2008. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de psicologia clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAMPOS, P.J. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os pontos estratégicos na atenção à crise e urgência. In: ZEFERINO, M.T (Org.). *Crise e urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007.

CASELA, A.L.M. et al. As práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil. In: RONZANI, T.M; SILVEIRA, P.S. (Org.) *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar.* Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.,* Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul./set. 1997.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M.C.C.; ROMANHOLI, A.C. Desafios da Rede de Atenção Psicossocial: Problematização de uma Experiência acerca da Implantação de Novos Dispositivos de Álcool e Outras Drogas na Rede de Saúde Mental da Cidade de Vitória-ES. *Polis e Psique,* v.3, n.1, p.80-99, 2013.

DELGADO, P.G.; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: ANDRADE, T.M. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo 1.* 3. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2009.

FARIA; J.G.F.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSad – Blumenau e as políticas públicas em Saúde Mental. *Psicologia e Sociedade,* v..21, n.3, p. 324-333, 2009.

FERIGATO, S. *A Saúde Mental de Campinas: Resistência e Potência de ação coletiva*. Disponível em: <www.redehumanizaus.net/61987-a-saude-mental-de-campinas-resistencia-e-potencia-de-acao-coletiva>. Acesso em: 10 de out de 2013.

GOMES, B.R.; CAPPONI, M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2012.

LARANJEIRAS, R. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.22, n.2, p.62-71, 2000.

LARANJEIRA, R. (Org.). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. O Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006 e 2012*. São Paulo: Unifesp, 2014.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM,R.B.; BILIBIO,L.F.S. Consultório de/na Rua: Desafio para um Cuidado em Verso na Saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v.18, n.49, abr./jun. 2014.

MATTOS, R.M.; FERREIRA, R.F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol. soc. (Impr.)*, v.16,n.2, p.47-58, maio-ago. 2004.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.35-42, jan./mar. 1998.

MONTEIRO, C.F.S et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPSad do Piauí. *Esc AnnaNery (impr.)*, v.15, n.1, p.90-95, jan./mar. 2011.

MORAES, M. O Modelo de Atenção Integral à Saúde para Tratamento de Problemas decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas: Percepções de Usuários, Acompanhantes e Profissionais. *Cien. Saude Coletiva*, v.13, n.1, p. 121-133, 2008.

MOREIRA, M. A. O mestrado (profissional) em ensino. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, Brasília, n.1, v.1, p. 131-142, jul. 2004.

NUNES, D.C. et al. “... outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...” In: SANTOS, L.M.B. (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1053-1062, maio 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. S. et al. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R.S. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*, v. 43, Supl. 1, p.16-22, 2009.

OLIVEIRA, K.D. *Perfil Sócio Demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento*. 2010. 143f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2010.

OLINTO, M.T.A. Reflexões sobre o uso do conceito gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v.1, p. 161-169, 1998.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde* 6. ed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z. Contribuições da epidemiologia. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro. 2008.

ROCHA et al. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.2, p. 554-565, 2013.

SANCHES, M. et al. O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo? *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, São Paulo, v.50, n.1, p18-23, 2005.

SILVA, E. A. Intervenções clínicas: o uso, abuso e a dependência de drogas. In: *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2012.

SILVA, C.C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 737-745, mar. 2014.

SILVEIRA, R.W.M.; REZENDE, D.; MOURA, W.A. Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Uberlândia, v.3, n.2, p.184-197, 2010.

SOUZA, T.P. *A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”*: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Unicamp, Campinas, 2013.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S.R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polis e Psique*, v.2, Número Temático, p. 37-58, 2012.

STEFANELLO, S.; CAMPOS, P.J. Cuidado/manejo da pessoa em crise em situações específicas. In: ZEFERINO, M.T (Org.). *Crise e urgência em Saúde Mental: o cuidado às*

pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas – Nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: Pessoas de bem também usam drogas In: SANTOS, L.M.B. (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

VELHO, S.R. B.R. *Perfil epidemiológico dos usuários de substâncias psicoativas atendidos no CAPSad Londrina PR*. 2010. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

VERONA, H. Introdução. In: Conselho Federal de Psicologia. *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZEFERINO, M.T (Org.). *Crise e urgência em Saúde Mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

APÊNDICE A

ROTEIROS DE REGISTRO DE DADOS

1) Caracterização do usuário

Identificação numérica do usuário:

Dados Sociodemográficos:

Sexo:

Idade:

Ocupação:

Grau de escolaridade:

Estado civil: (casado/solteiro/viúvo/separado/relação estável)

Moradia: c família/ só/ c amigos/casa de apoio/rua/albergue

Dados sobre o uso de Substâncias Psicoativas:

Substâncias de uso:

Início do uso:

Dados do Plano de Cuidado

Região de Saúde (CS de referência):

Encaminhamento ao CAPS:

Data de cadastro no CAPS:

Comorbidades clínicas e psiquiátricas:

Propostas terapêuticas utilizadas (p/ o leito)

Dados da utilização do Leito de Acolhimento Noturno (PTS do momento do LN)

Nº de acessos ao leito no período da coleta:

Caso novo: sim/não; (não: em acompanhamento, abandono)

Como chegou ao LN:

Motivo(s) do encaminhamento:

Alterações no exame psíquico no momento de inserção? ()S() N

Se sim, quais?

O cuidado durante o LN: (se participou de grupos, oficinas, atendimentos, se foi feita articulação de rede, encaminhado para internação, articulação com família etc...)

FLUXO DE CUIDADO no LN (desde o encaminhamento até a alta do LN)

Data(mês da admissão e alta do LN:

Concluiu o tratamento em LN proposto: S N

Se não, por que?

evasão outros _____

Continua em tratamento no CAPS?

1 mês

3 meses

6 meses

Na coleta

2) Caracterização do uso do leito de acolhimento noturno

Ocupação do leito de acolhimento noturno (%)

Por mês:

Pelo ano da coleta:

Número de inserções por mês:

Número de usuários inseridos por mês:

Média de dias de permanência em leito:

Mínimo e máximo de dias em LN:

Número de usuários que acessaram mais de uma vez o recurso:

Principais indicações:

APÊNDICE B

QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS

1. Como foi construída a proposta de ampliação do CAPSad para 24 horas e que impactos se espera na rede de atenção psicossocial?
2. Como foi o processo de implantação dos leitos de acolhimento noturno no que diz respeito aos processos de trabalho da equipe?
3. Fale sobre potências e desafios que a utilização do leito de acolhimento noturno gera na atenção à crise ao usuário de álcool e outras drogas no CAPS ad III.

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Atenção à crise ao usuário de álcool e outras drogas: análise dos leitos de acolhimento noturno no contexto do Centro de Atenção Psicossocial", sob responsabilidade da mestrandia Aline Silva de Moura do Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, orientação de Luciana Nogueira Fioroni e co-orientação de Sissi Marília dos Santos Forghieri Pereira
2. Neste estudo pretendemos analisar o dispositivo denominado "leito de acolhimento noturno (leito noite)" no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) III no município de Campinas.
 - a. Você foi selecionado por ser gestor da rede de álcool e outras drogas do município de Campinas e ter acompanhado o processo de implantação dos leitos de acolhimento noturno e sua participação não é obrigatória.
 - b. Os objetivos deste estudo são: Caracterizar os usuários que fizeram uso do leito de acolhimento noturno segundo variáveis sociodemográficas, assim como referentes ao uso de substâncias psicoativas e ao tratamento no CAPSad. Caracterizar, ainda, o número e períodos de acesso de cada usuário ao dispositivo; Caracterizar a ocupação dos leitos e os objetivos de sua utilização indicados pela equipe; Descrever o cuidado durante o período em leito.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista a partir de um questionário semi estruturado, o qual prevê questões iniciais, mas caso no momento da entrevista surja a necessidade da sua parte ou da pesquisadora em complementar uma idéia ou abordar outros aspectos, isto é permitido. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas.
3. Ao participar desse estudo você estará contribuindo para o conhecimento na área de álcool e outras drogas e possíveis intervenções futuras. Sua participação não trará nenhum dano pessoal, sendo que o compromisso está em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e divulgação em periódicos especializados da área da saúde, mantendo o sigilo e anonimato de identidade dos participantes, uma vez que constará dos resultados indicação numérica dos mesmos.
4. Esta pesquisa será acompanhada pela pesquisadora responsável durante todo o processo.
5. Estão garantidos quaisquer esclarecimentos necessários, antes e durante o curso da pesquisa, a respeito dos procedimentos, objetivos e destino das informações obtidas.
6. A qualquer momento, você pode desistir de participar ou retirar seu consentimento, sem prejuízo para a sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.
7. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre a sua participação.
8. Você não terá nenhum gasto financeiro ao participar dessa pesquisa.
9. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

R.G. 41465422-5/ CREFITO-3 11369-TO

Aline Silva de Moura. Terapeuta Ocupacional. Aluna de Pós Graduação, lato-sensu – Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos/ UFSCar, 2013. Endereço: Rua Francisco de Assis Pupo, 600 – apto 31. CEP: 13035-000. Campinas - SP. Telefone: (18) 81483414. Endereço Eletrônico: alinemoura_to@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria da Universidade Federal de São Carlos, localizada Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP- Brasil. Tele (16) 3351-8119. Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Campinas, ____ de _____, 2013.

RG: _____

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS - SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO DE SAÚDE LESTE
CAPS AD REVIVER 24 HORAS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO LEITO NOITE

Data de entrada: ____ / ____ / ____ Data de saída: ____ / ____ / ____ Total: ____ dias

Nome: _____

Cartão SUS: _____ Prontuário: _____

Idade: _____ Telefone de contato: () _____ - _____ com _____

Sexo: o M o F Região: o Leste o Norte Referência/médico: _____

Motivo do encaminhamento:

- Promoção de abstinência Questões sociais
 Estabilização clínica Aguarda consulta/encaminhamentos
 Estabilização psiquiátrica Outros: _____
 Necessita de ambiente protegido

Diagnóstico principal: _____ Diagnóstico(s) secundário(s): _____

Comorbidades clínicas:

- Hipertensão Asma Alergias
 Diabetes Epilepsia ("convulsões") Quais: _____
 Dislipidemia ("colesterol alto") Outros: _____

Substâncias de uso:

- Álcool Opióides Já entrou em sd. abstinência? o Sim o Não
 Tabaco Anfetaminas/metanfetaminas Qual substância? _____
 Maconha Alucinógenos Atualmente em uso de/último uso: _____
 Cocaína/crack Solventes _____
 Benzodiazepínicos Outras _____

Exame do estado mental

- Alteração de consciência? o Sim o Não Qual ? _____
 Alteração da atenção? o Sim o Não Qual ? _____
 Orientado? o Sim o Não Qual ? _____
 Alucinações auditivas? o Sim o Não Qual ? _____
 Alucinações visuais? o Sim o Não Qual ? _____
 Alucinações cinestésicas? o Sim o Não Qual ? _____
 Alterações de pensamento? o Sim o Não Qual ? _____
 Delírios? o Sim o Não Qual ? _____
 Insônia? o Sim o Não Qual ? _____

Humor: _____

Sinais vitais da admissão:

Data									
PA									
Tº									
FC									

Técnico responsável pela avaliação inicial:

(Carimbo e assinatura)