

Capacidade de manejo de situações de crise por Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*

Marianna Martins Pierini¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7854-6404>

Gabriella de Andrade Boska²

 <https://orcid.org/0000-0002-5827-6486>

Heloísa Garcia Claro³

 <https://orcid.org/0000-0003-1504-7074>

Priscilla de Oliveira Luz⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0120-1667>

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-1069-8700>

Destaques: (1) Primeiro estudo que avaliou a capacidade de manejo de situações de crise por CAPS AD. (2) A capacidade de manejo de crises pelos CAPS AD do centro de São Paulo foi de 86,6%. (3) Dos nove usuários encaminhados para outros serviços, apenas um foi para internação.

Objetivo: avaliar a capacidade dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas em manejar situações de crise dos usuários no acolhimento integral. **Método:** estudo quantitativo, avaliativo e longitudinal, realizado de fevereiro a novembro de 2019. A amostra inicial foi composta por 121 usuários, acolhidos integralmente em situações de crise por dois Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas do centro de São Paulo. Estes foram reavaliados após 14 dias de acolhimento. A capacidade de manejar a crise foi avaliada por um indicador validado. Os dados foram analisados por estatística descritiva e por regressão de modelos de efeitos mistos. **Resultados:** sessenta e sete usuários concluíram o follow-up (54,9%). Durante o acolhimento às situações de crise, nove usuários (13,4%; $p=0,470$) foram encaminhados para outros serviços da rede de saúde: sete por complicações clínicas, um por tentativa de suicídio e um para internação psiquiátrica. A capacidade de manejo das situações de crise pelos serviços foi de 86,6%, avaliada como positiva. **Conclusão:** os dois serviços avaliados foram capazes de manejar situações de crise no próprio território, evitando internações e tendo apoio da rede quando necessário, atingindo assim, os objetivos da desinstitucionalização.

Descritores: Intervenção na Crise; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Pessoas em Situação de Rua; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Saúde Mental.

* Artigo extraído da tese de doutorado "Avaliação de Impacto Clínico e Psicossocial do Acolhimento Integral em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Comissão de Residência Multiprofissional/COREMU, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Pierini MM, Boska GA, Claro HG, Luz PO, Oliveira MAF. The ability of Psychosocial Care Centers specialized in Alcohol and Drugs to handle crises. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3849 [cited ____/____/____]. Available from: _____.

URL

ano | mês | dia

Introdução

A crise em saúde mental pode ser definida como um momento crítico de ruptura da organização do indivíduo em suas dimensões psíquica, social, biológica, espiritual e/ou cultural⁽¹⁾. Uma crise pode ser desencadeada por diversas situações que ultrapassam os limites da pessoa. Geralmente envolve um contexto de mudanças, perdas, ameaças e são marcadas por intensa ansiedade, incerteza, imprevisibilidade e possível violência, mas principalmente pelo sofrimento expressado, muito além da sintomatologia psiquiátrica⁽²⁾.

Na clínica de álcool e outras drogas (AOD) a crise pode ser amenizada, ou agravada, pelo efeito ou pela falta da(s) substância(s) de escolha. Geralmente, observa-se características como: fissura (*craving*), quadros de intoxicação, overdose e sintomas de abstinência, além da dificuldade de estabelecer relacionamento interpessoal, questões comumente relacionadas à redução do tempo de permanência nos espaços de cuidado⁽³⁾.

Embora nem sempre se qualifique como urgente, os momentos de crise demandam de acolhimento imediato^(1,4). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, há mais de uma década, que estes atendimentos sejam realizados preferencialmente no contexto comunitário, por equipes ou serviços especializados de saúde mental, porém estes recursos ainda não estão suficientemente disponíveis ou estruturados globalmente⁽³⁻⁵⁾.

Uma revisão sistemática da literatura, corroborada por estudos nacionais e internacionais recentes, encontrou que a escassez de serviços especializados e capacitados para esse manejo, as reproduções de práticas manicomialistas coercitivas, autoritárias e biomédicas, as falhas na articulação da rede e as influências da família e da comunidade pela necessidade de internação, são alguns impasses para que o cuidado da crise não tenha sucesso na atenção extra-hospitalar^(2,4,6-7).

No contexto do uso de substâncias psicoativas, é comum que o acesso dos usuários aos serviços comunitários de saúde mental seja relativamente menor quando comparado a outros transtornos mentais, devido às características específicas de suas necessidades⁽³⁾. Ademais, uma análise longitudinal realizada nos Estados Unidos identificou que a proporção de serviços comunitários alternativos para o manejo das situações de crise desta população reduziu quase 10% no país em sete anos⁽⁸⁾.

Mesmo em cenários como os da Itália, Holanda e Brasil, que implementaram modelos semelhantes de desinstitucionalização com foco no cuidado comunitário, o atendimento às situações de crise ainda é um dos pontos mais críticos na atenção à saúde mental, o que evidencia a necessidade de avaliação desta prática^(2,4).

No Brasil, a atenção à crise se reorganiza a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira com os Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III) em suas diferentes modalidades de atendimento a adultos com problemas gerais de saúde mental (CAPS III) e usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD III). Esses serviços assumem os cuidados extra hospitalares em saúde mental, dentre eles o manejo das situações de crise. Para isso, possuem em sua estrutura camas para o acolhimento integral (diurno e noturno) que variam em número de seis a 12 camas, a depender das características do território do serviço. Permitem a permanência integral dos acolhidos em até 14 dias no mês, com possível prorrogação, considerando as necessidades de cada caso⁽⁹⁾.

Estudos que caracterizaram o acolhimento integral nos CAPS AD III em diferentes regiões do Brasil, identificaram que a taxa de ocupação das camas varia entre 86% a 100% e que após a alta, 22,6% a 36,3% dos usuários retornam em novas situações de crise, enfatizando a recorrência e a complexidade no manejo desses casos, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social^(2,10).

O Ministério da Saúde (MS) considera que "o sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos do CAPS: atender aos transtornos mentais graves e persistentes e evitar internações"⁽¹¹⁾. Neste sentido, a capacidade dos CAPS em manejar situações de crise é considerada um dos principais indicadores para garantir o espaço destes serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especialmente neste momento histórico político de retrocesso e desvalorização da atenção psicossocial brasileira⁽¹²⁾.

Os indicadores são ferramentas de informação importantes em saúde mental, contudo, é incomum encontrar programas padronizados na literatura científica visto que geralmente estão associados a sistemas públicos específicos para diferentes realidades, o que fragiliza o processo de avaliação, sobretudo em países de baixa renda⁽¹³⁾.

Internacionalmente, as avaliações de serviços assistenciais para pessoas que usam drogas baseiam-se em programas e políticas específicas de cada país⁽³⁾. Alguns indicadores comuns adotados são a garantia do cuidado à crise exclusivamente no âmbito comunitário e a ausência de recidivas (novas situações de crise)^(4,14). Semelhante no Brasil, indicadores de avaliação de CAPS 24 horas foram recentemente validados. Dentre esses indicadores, incluiu-se a capacidade do manejo de crise. Este indicador mensura o número de usuários em crise encaminhados pelos serviços no mês, dividido pelo número total de usuários em crise acolhidos nas camas, assim como a capacidade de manejo das situações de crise pelo CAPS III⁽¹⁵⁾.

Adaptando este indicador para os CAPS AD III, esta avaliação pode ser útil para gerar evidências sobre a atenção psicossocial, de forma que gestores, profissionais de saúde e usuários possam se apropriar desses dados e assim garantir investimentos adequados e diretrizes que subsidiem o cuidado extra hospitalar para usuários de AOD.

Com o intuito de contribuir com a lacuna de avaliação sobre o manejo de crise por serviços comunitários, destinados ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, propõe-se com este estudo avaliar a capacidade dos CAPS AD III em manejar situações de crise dos usuários no acolhimento integral.

Método

Desenho de pesquisa

O presente estudo possui desenho avaliativo e longitudinal, com abordagem quantitativa. Buscou avaliar o indicador de resultado capacidade de manejo de crise em CAPS AD III e verificar as mudanças e efeitos obtidos a partir do cuidado integral nos seguintes tempos: tempo 0 (T0) - momento do acolhimento integral e tempo 1 (T1) - após 14 dias (tempo estabelecido em portaria ministerial para permanência no acolhimento integral). Um indicador de avaliação visa apoiar mudanças objetivas ao sistema, analisando a presença ou ausência do efeito após a observação.

O *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais foi utilizado para orientar a redação deste artigo⁽¹⁶⁾.

Cenário

Este estudo foi realizado em dois CAPS AD III da região central do município de São Paulo - SP, Brasil. Ambos os serviços atendem a populações semelhantes de pessoas que fazem uso problemático de AOD e vivem em situação de extrema vulnerabilidade social. Os serviços contam com oito a nove camas para o acolhimento integral, com taxa de ocupação que varia de 80,6% a 100% (dados do serviço). O atendimento é ofertado por equipe multiprofissional, com a permanência 24 horas da equipe de enfermagem.

Esses serviços foram escolhidos como cenário de pesquisa por serem referência de um território de grande complexidade em termos de necessidades sociais e de saúde, que concentra quase 50% da população em situação de rua de São Paulo. Além disso, é nessa região que se encontra uma das maiores cenas públicas de uso

de substâncias psicoativas, conhecida como "cena de uso da região da Luz" ou "cracolândia"⁽¹⁷⁾.

Amostra

O cálculo amostral foi embasado em estudos longitudinais que tiveram o mesmo objeto de análise (usuários de AOD em tratamento) e que utilizaram medidas semelhantes as do presente estudo (dias de uso de substâncias). Uma das análises mais próximas, obteve melhora significativa dos usuários com 0,06 pontos e desvio-padrão de 0,165 pela diferença das médias pré e pós acompanhamento (*follow-up*)⁽¹⁸⁾. Portanto, ao considerar a mesma diferença ou diferença maior, adotando poder de análise de 95%, o cálculo amostral obtido foi de 101 participantes ao final do *follow-up*.

Considerando a probabilidade de perdas amostrais de 50%, inicialmente foi prevista a inclusão de 152 sujeitos, porém, a capacidade de inclusão e amostra inicial final deste estudo totalizou 121 participantes. Estes foram incluídos por conveniência.

Crítérios de inclusão, exclusão e descontinuidade

Como critérios de inclusão, adotou-se a idade mínima de 18 anos, estar em condições clínicas de responder à entrevista de acordo com avaliação das equipes dos CAPS AD III sobretudo com relação a alterações do estado mental (agitação psicomotora, alucinação, etc.) e estar sob efeito de substâncias psicoativas ou com sintomas de abstinência, que impedisse a participação na pesquisa.

Foram excluídos aqueles que não responderam por completo ao instrumento de coleta de dados, utilizando a perspectiva do *Complete Case Analysis*⁽¹⁹⁾. Como critério de descontinuidade na pesquisa, considerou-se aqueles que não responderam à entrevista no *follow-up* (T1).

Variáveis e instrumento de coleta de dados

Utilizamos como instrumento de coleta de dados dois formulários digitais para cada tempo da pesquisa (T0 e T1), acessados via *tablet* ou celular pela equipe de coleta de dados (pesquisadora principal, pós-doutoranda e alunas de iniciação científica).

O instrumento foi elaborado pelos próprios pesquisadores com armazenamento síncrono das informações em um servidor seguro da Universidade de São Paulo. O acesso aos dados foi realizado apenas por meio de senha única, atualizada periodicamente, de acordo com os padrões de proteção aos dados de pesquisa.

O formulário para o T0 foi composto por variáveis de identificação, socioeconômicas e de uso de substâncias nos últimos 30 dias. No formulário correspondente ao T1, além da repetição de variáveis passíveis de mudança coletadas no T0, como o uso de substâncias, foram acrescentadas questões sobre o período no acolhimento integral, bem como, a seguinte pergunta para responder ao indicador de resultado, capacidade do CAPS AD III em manejar a crise: Durante o período no acolhimento integral no CAPS AD III, você foi encaminhado para outro serviço como hospital geral, hospital psiquiátrico, serviços de urgência e emergência, dentre outros? Por qual motivo?

A validação cruzada dessas informações foi realizada nos prontuários dos participantes e em seguida, realizou-se o cálculo do indicador: Número de usuários em crise encaminhados pelos serviços/Número total de usuários em crise acolhidos nas camas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a novembro de 2019. Os dados foram coletados por meio de entrevista presencial com usuários que foram acolhidos integralmente nos CAPS AD III selecionados. A coleta foi conduzida por meio da aplicação do instrumento de pesquisa composto por dois formulários descritos no tópico anterior.

Os usuários acolhidos em crise pelos CAPS AD III foram abordados nas dependências dos serviços após a estabilização do quadro, no mesmo dia do acolhimento ou no dia seguinte, a depender da situação, e foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram entrevistados, sendo aplicado o formulário de coleta de dados correspondente ao T0.

Ao finalizar esta etapa, uma nova entrevista foi agendada para 14 dias depois, com registro de data e horário no prontuário e em papel específico entregue ao participante. Os pesquisadores retornaram aos CAPS AD III para a realização do *follow-up* e aplicação do formulário do T1. Neste momento, realizamos a busca ativa dos participantes por até cinco tentativas de contato pessoal, familiar ou pela interlocução dos profissionais dos CAPS AD III, obedecendo o prazo máximo de 4 dias após a data do agendamento da entrevista de T1. Aqueles usuários não encontrados e/ou que não participaram do *follow-up*, atenderam ao critério de descontinuidade da pesquisa.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e o sigilo aos participantes foi assegurado.

Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo *software* R 3.5.1. As variáveis numéricas foram apresentadas pelas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão (DP)) e as variáveis categóricas, por frequências absolutas e relativas.

A análise longitudinal foi realizada para verificar a mudança individual ao longo do tempo para cada variável estudada, enquanto considera a variação no tempo de medidas repetidas. Foram aplicados modelos de regressão linear de efeitos mistos para variáveis numéricas e modelo linear generalizado de efeitos mistos para variáveis ordinais e binárias, ajustados com a função de ligação logística cumulativa e ordinária, respectivamente. Quando as tabelas de contingência para essas variáveis possuíam uma célula com casos zero, foi aplicada a correção de Firth. Consideramos intervalo de confiança de 95% e parâmetro de diferença p -valor $<$ ou $=$ 0,05.

Como parâmetro avaliativo para a capacidade de manejo de situações de crise, utilizamos a taxa máxima de 20% de encaminhamentos, ou seja, se os serviços realizaram até 20% de encaminhamentos dos usuários acolhidos, podem ser considerados capazes de manejar essas situações. Para essa definição nos baseamos na literatura científica na área^(2,7,10) e nos parâmetros esperados pelas políticas públicas, visto que não encontramos estudos específicos que tenham utilizado esta medida, bem como, esta não foi definida no estudo de validação⁽¹⁵⁾.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2.759.176/2018) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2.832.670/2018). Todos os participantes assinaram o TCLE.

Resultados

Dos 121 usuários incluídos na coorte (T0), 67 (T1) concluíram o *follow-up* (55,4%). O perfil dos acolhidos em situações de crise nos CAPS AD III foi de homens (81,8%) (dois participantes identificaram-se como transgênero), com média de idade de 44 anos (DP=10,3), em situação de rua (75,3%), sem atividade laboral (66,9%), com média de oito anos de estudo (DP=3,8) e renda mensal inferior a um salário mínimo (62,9%), proveniente na maioria das vezes, de benefícios sociais (60,7%). As informações completas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos usuários acolhidos pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III no *baseline*. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	n (121)	%
Sexo		
Masculino	97	80,2
Feminino	24	19,8
Orientação sexual		
Heterossexual	106	87,6
Bissexual	12	9,9
Homossexual	2	1,7
Assexual	1	0,8
Raça/cor (autodeclarada)		
Pardo	58	47,9
Branco	32	26,4
Preto	27	22,4
Indígena	1	0,8
Outro	3	2,5
Estado civil		
Solteiro	88	72,7
Divorciado	16	13,2
Casado	7	5,8
União Estável	6	4,9
Viúvo	4	3,4
Situação laboral		
Desempregado	81	66,9
Trabalho informal	32	26,4
Aposentado	5	4,2
Trabalho formal	3	2,5
Renda mensal*		
Até um salário mínimo	75	62,9
Não possui renda	29	23,1
De 1 a 3 salários mínimo	17	14,0
Moradia		
Situação de rua	91	75,3
Casa/apartamento/pensão	23	19,0
Unidade de Acolhimento	6	4,9
Outro	1	0,8

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

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, os usuários referiram média de 25 anos de consumo (DP=11,8) sobretudo de substâncias lícitas [álcool (81,8%; n=99 e tabaco (83,6%; n=101)]. Nos momentos

de crise, buscaram pelo acolhimento nos CAPS AD III com demandas referentes ao desejo de reduzir o consumo (82,6%; n=100), apoio para desintoxicação (71,1%; n=86) e apoio por viver em situação de extrema vulnerabilidade social, principalmente a situação de rua (47,1%; n=57).

Após 14 dias do acolhimento integral (T1), houve uma redução significativa no consumo de álcool, maconha e crack (<0,001) e aumento dos dias de uso de tabaco e em abstinência. Como apresenta a Tabela 2, o consumo foi avaliado com base nos últimos 30 dias.

Tabela 2 – Dias de consumo de substâncias psicoativas antes e após o acolhimento em situação de crise por Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Consumo nos últimos 30 dias	Média de dias na admissão T0 (n=121)	Média de dias após o acolhimento T1 (n=67)	p-valor
Dias abstinente	8,81	14,75	< 0,001*
Álcool	20,80	12,72	< 0,001*
Tabaco	22,38	25,30	0,079
Maconha	8,83	4,39	< 0,001*
Cocaína aspirada	7,18	6,24	0,203
Crack	7,76	4,13	< 0,001*
Inalantes	1,13	0,12	0,070
Benzodiazepínicos	0,48	0,45	0,960

*p< 0,001; Regressão linear de efeitos mistos

No *follow-up*, identificamos que a maior parte dos usuários (94%; n=63) permaneceu os 14 dias previstos em acolhimento integral nos CAPS AD III, bem como, relatou que este recurso contribuiu positivamente para enfrentar o momento de crise. Além disso, 79% (n=53) afirmaram que suas demandas/necessidades foram atendidas.

Quanto aos encaminhamentos descritos na Figura 1, dos 67 usuários acolhidos em situação de crise nos 10 meses da pesquisa e que concluíram o *follow-up*, nove (13,4%) necessitaram de apoio externo da rede de saúde e foram encaminhados para outros serviços. Esse resultado não apresentou diferença significativa no seguimento (p=0,470) (modelo linear generalizado de efeitos mistos).

Com isso, a capacidade de manejo das situações de crise pelos CAPS AD III foi de 86,6%, avaliada como positiva (menos de 20% de encaminhamentos) pelo cálculo: 9 (número de usuários encaminhados)/67 (número de usuários acolhidos)= 0,134 ou 13,4%.

Mês	Número de usuários acolhidos (T1)	Encaminhamentos	Local do encaminhamento	Motivo(s)
Fev.	4	0	-	-
Mar.	9	1	Hospital Geral	Pneumonia
Abr.	11	2	Unidade Básica de Saúde Pronto Atendimento	Anemia (gestante) Derrame pleural
Mai	12	2	Hospital geral Pronto Atendimento	Cirurgia Infecção por HIV*
Jun.	5	2	Pronto Atendimento Pronto Atendimento	Suspeita de dengue Síndrome de Abstinência Alcoólica Grave
Jul.	2	0	-	-
Ago.	6	0	-	-
Set.	5	0	-	-
Out.	6	1	Pronto Atendimento	Tentativa de suicídio
Nov.	7	1	Hospital Psiquiátrico	Desorganização psíquica associada ao uso de substâncias
Total	67	9		

*HIV = Vírus da imunodeficiência humana

Figura 1 - Encaminhamentos de usuários acolhidos em crise nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. São Paulo, SP, Brasil, 2019

As características dos usuários encaminhados para outros serviços de saúde estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Características dos usuários acolhidos em crise e encaminhados a outros serviços de saúde. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	42,3	8,1
Escolaridade (anos)	6	1,8
Consumo de substâncias (últimos 30 dias)	23	4,2
Frequência		
	n (9)	%
Gênero		
Homem	6	66,7
Mulher	3	33,3
Raça/cor		
Pardo	6	66,7
Indígena	1	11,1
Negro	1	11,1
Branco	1	11,1
Estado civil		
Solteiro	7	77,8
Divorciado	1	11,1
Casado	1	11,1
Situação laboral		
Desempregado	6	66,7
Trabalho informal	3	33,3

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variáveis	Frequência	
	n (9)	%
Situação de rua		
Sim	7	77,7
Não	2	22,2
Renda mensal		
Inferior a um salário mínimo*	9	100
Recebe benefícios sociais		
Sim	8	88,9
Não	1	11,1

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

Discussão

Ao avaliar a capacidade dos CAPS AD III do centro de São Paulo em manejar situações de crise decorrentes do uso problemático de AOD, este estudo encontrou resultados promissores que reforçam a qualidade da atenção psicossocial no cuidado em saúde mental de situações emergentes, em territórios de extrema vulnerabilidade social.

Dentre os usuários acolhidos em diferentes situações de crise 13,4% necessitaram de encaminhamento externo, o que evidenciou a capacidade dos serviços em manejar essas situações no próprio território. Este resultado é corroborado por estudos internacionais que evidenciaram que a maioria das demandas de crises em saúde mental são resolvidas pelos serviços comunitários ou equipes especializadas na comunidade^(4,20). Como exemplo, um estudo realizado na Suíça identificou 12,7% de encaminhamentos para internação hospitalar⁽²⁰⁾. Não encontramos estudos que avaliaram a capacidade dos CAPS AD III em manejar a crise.

O perfil dos participantes do presente estudo assemelha-se com o de outras pesquisas sobre o acolhimento integral nos CAPS AD III, sendo homens, em situação de rua, com baixa escolaridade e em uso problemático de álcool, tabaco e *crack*^(2,7,10). Este perfil se diferencia de outros contextos, visto que em muitos países da América do Norte, Reino Unido e Europa, atenção especial é dada às ações de manejo de crise para usuários de opioides e suas consequências^(3,21).

As situações que resultaram em encaminhamento pelos CAPS AD III estiveram, em grande parte, associadas a problemas de saúde física. Este resultado é esperado para esta modalidade de atenção, uma vez que estes serviços não dispõem de recursos estruturais e humanos para o atendimento de urgências dessa ordem. Além disso, dentre os três encaminhamentos associados ao agravamento do consumo de substâncias

ou a problemas de saúde mental, apenas um necessitou de internação psiquiátrica.

A intoxicação pelo uso de AOD é uma das demandas que mais justifica o encaminhamento clínico ou psiquiátrico dos usuários atendidos em crise nos serviços comunitários, contabilizados entre 28,4% e 40% dos casos^(14,20). Além disso, muitas vezes os encaminhamentos ocorrem diretamente para os hospitais sem receber outro tipo de atendimento⁽²¹⁾.

Análise que reflete sobre as concepções dos profissionais identificou que estes, algumas vezes, não reconhecem sua responsabilidade pelo manejo e acolhimento de uma pessoa em crise nos CAPS III, acreditando que o papel desse serviço como dispositivo central da RAPS é que apenas usuários “estáveis” sejam assistidos, enquanto pessoas em momentos de desorganização psíquica deveriam ser encaminhados para serviços de saúde como hospitais gerais⁽²²⁾.

Por outro lado, consistente com o presente estudo, uma investigação sobre a atenção a crise da RAPS do Rio de Janeiro demonstrou que existem diversas situações de crise que recebem condutas bem sucedidas sem auxílio de instituições psiquiátricas fechadas, já que o contato estabelecido em rede entre o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), serviço de atendimento de emergência, CAPS e Unidade Básica de Saúde (UBS), aparentemente, tem sido suficiente para lidar com o manejo de situações críticas no território e evitar internações hospitalares de longo prazo⁽²⁾.

É destacada pela produção científica internacional a necessidade de uma mudança cultural sobre o que se entende por crise em saúde mental e como ela deve ser abordada, visto que essa não é apenas uma crise da pessoa, mas do contexto^(4,23). Pesquisas apontam que a proximidade física dos serviços, os determinantes de acesso regular ao cuidado comunitário e a preparação das equipes nesta abordagem, são essenciais para o alcance de resultados positivos no manejo da crise na comunidade⁽²¹⁻²²⁾.

De modo geral, as concepções e ideais sobre a atenção à crise são antagônicas, baseando seus protocolos de atendimento em saúde mental em diferentes referenciais teóricos que podem ser organizados em três categorias: 1- Atenção centralizada e rede não integrada (como exemplo os hospitais psiquiátricos); 2- Atenção centralizada e rede integrada (como os CAPS); 3- Rede integrada e autorregulada (realizando intervenção à crise em todos os serviços de saúde). Essa contraposição conceitual enfraquece a disseminação e ampliação da desinstitucionalização, o que reforça ainda mais a importância da avaliação do modelo de cuidado territorial com abordagem psicossocial⁽²²⁾.

Um estudo que buscou identificar ações de atenção à crise e os sentidos que as envolvem, afirmou que para a estruturação de políticas de intervenção durante crises em saúde mental, três eixos devem ser considerados: o território, o cuidado e a responsabilização⁽²⁴⁾. No contexto dos CAPS AD, incluímos como quarto eixo, a Redução de Danos (RD). Essa abordagem se dá no território por meio da corresponsabilização entre profissional e usuário, respeita os direitos e incentiva a autonomia da pessoa que está em acolhimento, mesmo que esta esteja em momentos de crise, não reduzindo a complexidade das situações que permeiam a crise à necessidade e/ou exigência da abstinência⁽²⁵⁾.

Nos CAPS há espaço para o cuidado imediato das situações graves, mas principalmente para as necessidades que se desenvolvem ao longo dos 14 dias no acolhimento integral, pois a crise não é pontual, ela se manifesta também no processo de desintoxicação gerando ansiedade intensa e duradoura, associada à abstinência ou fissura (*craving*) pelo uso de substâncias, bem como no planejamento da alta quando o retorno do usuário para o contexto de vida é condicionado pelas vulnerabilidades, o que merece especial atenção das equipes de saúde^(22,24).

Os usuários acolhidos pelos CAPS AD III estão expostos a fatores desgastantes e conflituosos. Vivenciam em seu cotidiano situações de humilhação, exclusão, precariedades, necessidades básicas não atendidas, impossibilidade de exercer a cidadania, problemas de habitação, frágeis e/ou inexistentes vínculos familiares e sociais, somados a inúmeras situações de risco que podem desencadear a crise em saúde mental, até mesmo havendo necessidade de proteção, alternativa possível com o acolhimento integral⁽¹⁰⁾.

Considerando esta complexidade, uma estratégia adotada por Trieste (Itália) é o desenvolvimento de um programa que busca acompanhar usuários que apresentam sinais ou que já experienciaram situações de crise e foram acolhidos pelos serviços comunitários. Diariamente um documento é discutido e atualizado entre a equipe,

de acordo com a percepção de risco de crise. Informações detalhadas são avaliadas (manifestações diferentes, uso de substâncias, acontecimentos importantes, etc.) juntamente com possíveis intervenções preventivas ou de continuidade do cuidado. O objetivo principal desse programa é oferecer um cuidado diário e singular, mais próximo e flexível para que os usuários estejam integralmente assistidos no seu próprio território e se acaso apresentarem situações de crise, que essas sejam ultrapassadas com menor intensidade de sofrimento⁽⁴⁾.

O acolhimento integral é ferramenta essencial para permitir que o usuário vivencie e atravesse o momento de crise em segurança e liberdade, sem mais prejuízos. A porta aberta para esse cuidado é considerada como caminho estratégico na rede para o acolhimento da demanda, pois com o cuidado 24 horas o usuário pode se beneficiar de todos os recursos dos serviços⁽¹⁾. Além disso, a presença das equipes de enfermagem, incluindo os finais de semana, e o apoio de pares nos serviços comunitários, pode contribuir para o bom resultado do manejo em situações de crise, com grande melhora dos aspectos biopsicossociais⁽⁸⁾.

A pausa para o cuidar da crise pode ser considerada um ato clínico. Uma estratégia que abre condições para a troca, para a fala e escuta dos sujeitos e consequente retomada de possibilidades. Representa uma oportunidade do usuário de cuidar do sofrimento causado pelo uso problemático de AOD e pela exclusão social⁽¹⁾. Nesse sentido, o diálogo e o estabelecimento de uma relação de confiança oferecidas neste dispositivo, pode facilitar as abordagens ao usuário em crise, permitindo ao profissional e a pessoa que está em acolhimento, acessar com mais profundidade a relação entre o consumo e o planejamento do cuidado, para além do suporte medicamentoso⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, estudos apontam alguns parâmetros balizadores para a atenção à crise, dos quais destacamos:

1. As intervenções solicitam um dispêndio de tempo e energia diferenciada em comparação com as demandas convencionais, exigindo das equipes uma maior flexibilidade na construção de respostas;
2. Muitos usuários apresentam autonomia em relação à necessidade de circulação na rede. Para esses casos, os serviços devem se manter abertos como referência para serem acessados a partir do desejo do sujeito;
3. Negociações diferentes devem ser permitidas a partir de cada situação^(1,4).

O presente estudo contribui com o avanço científico ao se propor adaptar um indicador para avaliar a capacidade de manejo de crises pelos CAPS AD III. Este resultado é relevante por gerar evidência que contrapõe os questionamentos sobre a eficácia dos serviços comunitários de saúde mental, a partir do manejo de situações de crise. É possível com esta pesquisa

impulsionar reflexões sobre os direcionamentos das políticas públicas para o uso de substâncias psicoativas, como também, das avaliações neste campo.

Como limitações do estudo temos a alta taxa de descontinuidade da pesquisa pelos usuários no *follow-up* (T1), em parte esperada para um estudo de seguimento com essa população; a ausência de um parâmetro avaliativo definido para o indicador ao avaliar o manejo de crise pelos CAPS III, o que pode gerar diferentes interpretações dos pesquisadores; e a necessidade de adaptação do indicador para os CAPS AD III. Esses serviços possuem especificidades diferentes e no contexto de uso de substâncias deve-se considerar com mais frequência o suporte da rede para o atendimento das manifestações físicas consequentes da intoxicação e/ou desintoxicação; por fim, não foi investigado como o cuidado das situações de crise foi conduzido pelos serviços avaliados, bem como, as variáveis que podem estar associadas aos encaminhamentos, objetos importantes para pesquisas futuras.

Conclusão

Conclui-se que os CAPS AD III avaliados do centro de São Paulo, são capazes de manejar as situações de crise dos usuários no próprio território com o recurso do acolhimento integral. Estes serviços mantém a articulação com a rede para o encaminhamento de demandas que vão além de sua especificidade, atingindo assim os objetivos da desinstitucionalização. Deve-se considerar o perfil e o contexto de vida dos usuários incluídos no estudo, pois a condição de vulnerabilidade social, sobretudo a situação de rua, parece influenciar diretamente no resultado deste indicador.

Referências

- Dassoler VA, Palombini AL. Care for crisis in contemporaneity: challenges in the Brazilian Psychiatric Reform. *Saúde Debate*. 2020;44(spe3):278-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
- Krachenski NHA. Crisis management in Psychosocial Care Centers: a systematic literature review. *Rev PsicoFAE Plur Saúde Mental* [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 8];8:23-42. Available from: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/233/143>
- Gilmore I, Drummond C, Rehm J. The crisis in clinical training for addiction. *Lancet*. 2019;4(10):751-4. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30179-7](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30179-7)
- Muusse C, Kroon H, Mulder CL, Pols J. "Caring for a Crisis": Care and Control in Community Mental Health. *Front Psychiatry*. 2022;12:798599. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.798599>

- Charlson F, Ommeren MV, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- Amaral CE, Onocko-Campos R, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: Narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12(65). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>
- Silva TCS, Santos TM, Campelo IGMT, Cardoso MMVN, Silva AD, Peres MAA. Night Admission at a Psychosocial Care Center III. *Brasília: Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0964>
- Cummings JR, Smith JL, Cullen SW, Marcus SC. The Changing Landscape of Community Mental Health Care: Availability of Treatment Services in National Data, 2010–2017. *Psychiatric Services*. 2021;72(2):204-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900546>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012: Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros [Internet]. *Diário Oficial da União*, 27 jan. 2012 [cited 2022 Apr 8]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html#:~:text=Redefine%20o%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o,e%20os%20respectivos%20incentivos%20financeiros.&text=DISPOSIC%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,h%20\(CAPS%20AD%20III\)](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html#:~:text=Redefine%20o%20Centro%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o,e%20os%20respectivos%20incentivos%20financeiros.&text=DISPOSIC%C3%87%C3%95ES%20GERAIS-,Art.,h%20(CAPS%20AD%20III))
- Boska GA, Oliveira MAF, Claro HG, Araujo TSG, Pinho PH. Night beds in psychosocial attention care centers for alcohol and drugs: analysis and characterization. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(22):51-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0149>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2022 Apr 8]. Available from: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Regress of the psychiatric reform: the dismantling of the national Brazilian mental health policy from 2016 to 2019. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Lima IB, Bernadi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, et al. The use of indicators for the management of Mental Health Services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3409. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>

14. Creed JO, Cyr JM, Owino H, Box ES, Ives-Ruble M, Sheitman BB, et al. Acute Crisis Care for Patients with Mental Health Crises: Initial Assessment of an Innovative Prehospital Alternative Destination Program in North Carolina. *Prehosp Emerg Care*. 2018;22(5):555-64. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1428840>
15. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Evaluation Indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design. *Saúde Debate*. 2017;41(spe):71-83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07>
16. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
17. Marques ALM, Couto M. Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de "Cracolândia" en San Pablo, Brasil. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2517. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2517>
18. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;134(1). <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011>
19. Little RJ, Rubin DB. Complete-Case and Available-Case Analysis, Including Weighting Methods [Internet]. In: _____. *Statistical analysis with missing data*. New York, NY: John Wiley and Sons; 2002 [cited 2022 Apr 8]. p. 41-58. Available from: <https://doi.org/10.1002/9781119482260.ch3>
20. Moeteli S, Heinrich R, Jaeger M, Amodio C, Rohemer J, Maatz A, et al. Psychiatric Emergencies in the Community: Characteristics and Outcome in Switzerland. *Adm Policy Ment Health*. 2021;48(6):1055-64. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01117-7>
21. Corredor-Waldron A, Currie J. "Tackling the Substance Use Disorder Crisis: The Role of Access to Treatment Facilities". *J Health Econ*. 2022;81:102579. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102579>
22. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
23. Mukherjee D, Saxon V. "Psychological Boarding" and Community-Based Behavioral Health Crisis Stabilization. *Community Ment Health J*. 2019;55(3):375-84. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0237-9>
24. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Care practices in mental health in the voice of users from a Psychosocial Care Center of the state of Pará. *Saúde Debate*. 2016;40:109. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>
25. Harm Reduction International. Global State of Harm Reduction 2020 [Internet]. London: Harm Reduction International; 2020 [cited 2022 Apr 8]. Available from: http://fileserv.idpc.net/library/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA.pdf

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Gabriella de Andrade Boska, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Obtenção de dados: Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska.

Análise e interpretação dos dados: Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska, Heloísa Garcia Claro, Priscilla de Oliveira Luz, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Análise estatística: Heloísa Garcia Claro.

Redação do manuscrito: Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska, Heloísa Garcia Claro, Priscilla de Oliveira Luz, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Marianna Martins Pierini, Gabriella de Andrade Boska, Heloísa Garcia Claro, Priscilla de Oliveira Luz, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Outros (padronização das normas e formatação): Priscilla de Oliveira Luz.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

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

Recebido: 08.04.2022

Aceito: 26.09.2022

Editora Associada:

Sueli Aparecida Frari Galera

Autor correspondente:

Priscilla de Oliveira Luz

E-mail: pris_luz@usp.br

 <https://orcid.org/0001-0003-0120-1667>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

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