

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GABRIELLA DE ANDRADE BOSKA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL DO
ACOLHIMENTO INTEGRAL EM CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III**

São Paulo

2021

GABRIELLA DE ANDRADE BOSKA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO CLÍNICO E PSICOSSOCIAL DO
ACOLHIMENTO INTEGRAL EM CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS III**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação
Interunidades EEUSP-EERP da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida
Ferreira de Oliveira

Orientador do Doutorado Sanduíche: Prof. Dr.
Paulo Rosário Carvalho Seabra

São Paulo

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data ___/___/___

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Boska, Gabriella de Andrade

Avaliação do impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III / Gabriella de Andrade Boska. São Paulo, 2021.

126 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Área de concentração: Enfermagem.

1. Centros de tratamento de abuso de substâncias. 2. Acolhimento. 3. Avaliação do impacto na saúde. 4. Redução de danos. 5. Direitos humanos.
I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Gabriella de Andrade Boska

Título: Avaliação do impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas, todes e todos, que acreditam e lutam por políticas públicas de saúde mental e álcool e outras drogas extra-hospitalares, antiproibicionistas e inclusivas, que respeitam os direitos humanos, que cuidam e não punem diferentes escolhas e/ou comportamentos, que consideram a singularidade de cada corpo e que seja na docência, na pesquisa, na política ou na prática clínica, seguem resistindo.

AGRADECIMENTOS

A cada participante da pesquisa que dedicou seu tempo em acolhimento integral para compartilhar a complexa vivência do uso problemático de substâncias.

As equipes dos CAPS AD III que aceitaram e apoiaram o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus orientadores Profa. Dra. Márcia e Prof. Dr. Paulo, que me acolheram e me acompanharam nos extremos do oceano e facilitaram esse processo de maneira leve, com muita troca de conhecimento e oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal.

A EEUSP e ao GEAD, seus membros, em especial a Profa. Dra. Heloísa que sempre foi uma inspiração para mim. Também a todos os alunos e colegas de trabalho, que participaram da minha formação como docente e pesquisadora.

Ao NEPEASM, em nome do Prof. Dr. Divane, por toda confiança e contribuição nesta trajetória.

Ao CNPQ e a CAPES.

Aos meus familiares, mãe, pai, irmãs, avó, amigos e pessoas que se fizeram presentes nesses quatro anos e deixaram apoio, clareza, força, afeto, coragem, amor, vida. Vocês sabem quem são.

Por fim, agradeço as energias superiores que me guiaram e me receberam da melhor forma em todos os caminhos que escolhi até aqui.

Gratidão!

Um final plausível

deveria haver algum lugar para onde ir
quando você não consegue mais dormir
ou você cansou de ficar bêbado
e a erva não funciona mais,
e não me refiro a passar
para o haxixe ou cocaína,
eu me refiro a um lugar para ir
além da morte que está esperando
ou do amor que não funciona mais.

deveria haver algum lugar para onde ir
quando você não consegue mais dormir
além de um aparelho de TV ou um filme
ou comprar um jornal ou ler um romance.

é não ter esse lugar para onde ir
que cria as pessoas agora nos hospícios
e os suicídios.

e suponho que aquilo que a maioria das pessoas faz
quando não há mais lugar algum para onde ir
é ir a qualquer lugar ou fazer qualquer coisa
que dificilmente as satisfaça,
e esse ritual tende a aplainá-las
até que consigam prosseguir de algum modo
mesmo sem esperança.

essas caras que você vê todos os dias nas ruas
não foram criadas inteiramente sem
esperança: seja generoso com elas:
assim como você, elas não escaparam.

BUKOWSKI, Charles. *As pessoas parecem flores finalmente.*

Boska GAB. Avaliação do impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: O acolhimento integral é um recurso de cuidado 24h dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III), que compreende o acolhimento diurno e noturno, para a permanência de usuários em tratamento por no máximo 14 dias no mês. É voltado para atender situações de crise o bem como, pode ser indicado para pessoas que vivenciam uma desorganização em sua vida com o agravamento dos danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Evidencia-se uma lacuna na realização de avaliações do modelo 24h, bem como, de conhecimento sobre resultados quantitativos do acolhimento integral em CAPS AD III, o que tem dificultado a sustentação de políticas públicas psicossociais e, portanto, justifica a realização deste estudo. **Objetivo:** Avaliar o impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral em CAPS AD III. **Método:** Estudo longitudinal, prospectivo de abordagem quantitativa de uma coorte de originalmente 122 usuários acolhidos integralmente em dois CAPS AD III da região central de São Paulo, marcada pela vulnerabilidade social dessa população. Esses foram acompanhados após a admissão em dois tempos de *follow-up* (T1- após 14 dias; T2- após três meses) entre fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020. Avaliou-se em todos os tempos os indicadores: uso de substâncias e problemas relacionados; qualidade de vida; e reabilitação psicossocial, por meio das escalas Consequências da Dependência de Substâncias (CDS), WHOQOL-BREF e alcance dos eixos moradia, trabalho/renda e rede de apoio. Com base nesses resultados conduziu-se uma avaliação à luz dos direitos humanos utilizando o referencial *QualityRights*. Os dados longitudinais foram analisados por modelos lineares de efeitos mistos. Essa pesquisa foi interrompida antes do tempo previsto devido a pandemia de COVID-19. **Resultados:** Dos 122 participantes incluídos na coorte 49 finalizaram o *follow-up* no T2 (40,2%). Evidenciou-se a redução dos dias de uso de substâncias e aumento de dias de abstinência com diferença para maconha ($p < 0,01$) e *crack* ($p = 0,21$); redução da gravidade das consequências relacionadas ao consumo em todas as dimensões da escala CDS ($p < 0,05$). A qualidade de vida melhorou expressivamente e manteve mudanças sobretudo na dimensão psicológica ($p < 0,01$). Todos os eixos de reabilitação psicossocial melhoraram com uma diferença para renda ($p = 0,25$) no T2. O aumento da participação dos usuários no tratamento foi relevante. Dos nove padrões de qualidade para garantia e proteção dos direitos humanos avaliados apenas um foi considerado com alcance iniciado, os demais atingiram níveis parciais ou totais de alcance. **Conclusão:** O acolhimento integral nos CAPS AD III avaliados apresentou impacto clínico e psicossocial positivo, reduzindo as vulnerabilidades e os danos biopsicossociais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em conjunto com a proteção dos direitos humanos. Desafios comuns na atenção a esta população como os aspectos sociais, o acolhimento a diversidade de gênero e o fortalecimento de ações em rede, devem ser considerados para impactos melhores e a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de tratamento de abuso de substâncias. Acolhimento. Impacto psicossocial. Avaliação do impacto na saúde. Redução de danos. Direitos humanos.

Boska GAB. Assessment of the clinical and psychosocial impact of integrated care in Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs III [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: Integrated care is a 24-hour care resource of the Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs III (CAPS AD III), including day and night care, for users to remain in treatment for a maximum of 14 days in the month. It is indicated to meet crises as well, for people who experience disorganization in their life with the aggravation of the damages resulting from alcohol and other drugs use. There is a gap in the performance of evaluations of the 24h model and knowledge about quantitative results of integrated care in CAPS AD III, which has hindered the support of psychosocial public policies and, therefore, justifies the realization of this study. **Objective:** To assess the clinical and psychosocial impact of integrated care in CAPS AD III. **Method:** Longitudinal, prospective study of a quantitative approach of a cohort of initially 122 users embraced in integrated care in two CAPS AD III in the central region of São Paulo, marked by the social vulnerability of this population. These were followed up after admission in two follow-up times (T1- after 14 days; T2- after three months) between February 2019 and February 2020. The indicators: substance use and associate problems; quality of life; and psychosocial rehabilitation were evaluated at all times, through the Consequences of Substance Dependence (CDS), WHOQOL-BREF scales and reach of the housing, work/income and support network axes. Based on these results, an evaluation was carried out in the light of human rights using the QualityRights framework. Longitudinal data were analyzed using linear mixed-effect models. Due to the COVID-19 pandemic, this research was halted ahead of schedule. **Results:** Of the 122 participants included in the cohort, 49 completed the follow-up at T2 (40.2%). There was a reduction in the number of days of substance use and an increase in days of abstinence, with a difference for marijuana ($p < 0.01$) and crack ($p = 0.21$); reduction of the severity of the consequences related to consumption in all dimensions of the CDS scale ($p < 0.05$). The quality of life improved significantly and maintained changes mainly in the psychological domain ($p < 0.01$). All psychosocial rehabilitation axes improved with a difference in income ($p = 0.25$) in T2. The increase in the participation of users in the treatment was relevant. Of the nine quality standards for guaranteeing and protecting human rights evaluated, considered only one to have reached reach, the others reached partial or total levels of space. **Conclusion:** The integrated care in the evaluated CAPS AD III, had a positive clinical and psychosocial impact, reducing the vulnerabilities and biopsychosocial damages related to the use of alcohol and other drugs, together with the protection of human rights. Common challenges in caring for this population, such as social aspects, welcoming gender diversity and strengthening network actions, must be considered for better and long-term impacts.

KEYWORDS: Substance abuse treatment centers. User embracement. Psychosocial impact. Health impact assessment. Harm reduction. Human rights.

Boska GAB. Evaluación del impacto clínico y psicosocial de la atención integral en los Centros de Atención Psicosocial por Alcohol y Otras Drogas III [tesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMEN

Introducción: La atención integral es un recurso de atención las 24 horas del día de los Centros de Atención Psicosocial por Alcohol y otras Drogas III (CAPS AD III), que incluye atención diurna y nocturna, para que los usuarios permanezcan en tratamiento un máximo de 14 días al mes. . También está orientado a afrontar situaciones de crisis, puede estar indicado para personas que experimentan una desorganización en su vida con agravamiento de los daños derivados del consumo de alcohol y otras drogas. Existe una brecha en el desempeño de las evaluaciones del modelo 24h, así como, de conocimiento sobre resultados cuantitativos de plena recepción en CAPS AD III, lo que ha dificultado el sustento de las políticas públicas psicosociales y, por tanto, justifica la realización de este estudio. . **Objetivo:** Evaluar el impacto clínico y psicosocial de la atención integral en CAPS AD III. **Método:** Estudio longitudinal y prospectivo de abordaje cuantitativo de una cohorte de originalmente 122 usuarios totalmente alojados en dos CAPS AD III en la región central de São Paulo, marcada por la vulnerabilidad social de esta población. Estos fueron seguidos después del ingreso en dos tiempos de seguimiento (T1- a los 14 días; T2- a los tres meses) entre febrero de 2019 y febrero de 2020. Los indicadores: consumo de sustancias y problemas fueron evaluados en todo momento. calidad de vida; y rehabilitación psicosocial, a través de las Consecuencias de la Dependencia de Sustancias (CDS), las escalas WHOQOL-BREF y el alcance de los ejes vivienda, trabajo / ingresos y red de apoyo. Con base en estos resultados, se llevó a cabo una evaluación a la luz de los derechos humanos utilizando el marco *QualityRights*. Los datos longitudinales se analizaron utilizando modelos lineales de efectos mixtos. Esta investigación se detuvo antes de lo previsto debido a la pandemia de COVID-19. **Resultados:** De los 122 participantes incluidos en la cohorte, 49 completaron el seguimiento en T2 (40,2%). Hubo una reducción en el número de días de consumo de sustancias y un aumento en los días de abstinencia, con diferencia para la marihuana ($p < 0,01$) y el crack ($p = 0,21$); reducción de la gravedad de las consecuencias relacionadas con el consumo en todas las dimensiones de la escala CDS ($p < 0,05$). La calidad de vida mejoró significativamente y mantuvo cambios principalmente en la dimensión psicológica ($p < 0,01$). Todos los ejes de rehabilitación psicosocial mejoraron con diferencia de ingresos ($p = 0,25$) en T2. El aumento de la participación de los usuarios en el tratamiento fue relevante. De los nueve estándares de calidad para garantizar y proteger los derechos humanos evaluados, solo uno se consideró alcanzado, los demás alcanzaron niveles de alcance parcial o total. **Conclusión:** La recepción plena en el CAPS AD III evaluado tuvo un impacto clínico y psicosocial positivo, reduciendo las vulnerabilidades y daños biopsicosociales relacionados con el uso de alcohol y otras drogas, junto con la protección de los derechos humanos. Los desafíos comunes en el cuidado de esta población, como los aspectos sociales, la acogida de la diversidad de género y el fortalecimiento de las acciones de la red, deben ser considerados para impactos mejores y de largo plazo.

PALABRAS-CLAVE: Centros de tratamiento por abuso de sustancias. Recepción. Impacto psicosocial. Evaluación del impacto en la salud. Reducción de daños. Derechos humanos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distinção do impacto no processo avaliativo	24
Figura 2 – Ações e contextos combinados para a produção de mudanças	31
Figura 3 – Inclusão de pessoas na coorte a cada mês da coleta de dados	44
Figura 4 – Gráfico da escala de Consequências da Dependência de Substâncias no <i>follow-up</i>	49
Figura 5– Gráfico da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF no <i>follow-up</i>	50
Figura 6 – Perdas amostrais no T2	54
Figura 7 - Razões das perdas amostrais	54

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Matriz avaliativa do impacto do acolhimento integral em CAPS AD III	41
Tabela 1 – Caracterização dos participantes no <i>baseline</i>	45
Tabela 2 – Problemas de saúde física e de saúde mental no <i>follow-up</i>	46
Tabela 3 – Participação no tratamento entre as diferentes modalidades	47
Tabela 4- Consumo de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias	47
Tabela 5- Resultados da escala de Consequências da Dependência de Substâncias	48
Tabela 6- Resultados da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF	49
Tabela 7- Eixos da reabilitação psicossocial no <i>follow-up</i>	51
Tabela 8- Avaliação do acolhimento integral à luz do <i>QualityRights</i>	52
Tabela 9 – Diferenças entre quem concluiu e não concluiu o estudo	55

LISTA DE SIGLAS

AOD	Álcool e Outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h
CDS	Escala de Consequências da Dependência de Substâncias
CnaR	Consultório na Rua
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DP	Desvio Padrão
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
GEAD	Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QR	<i>Quality Ritghts</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SUS	Sistema Único de Saúde
T0	Tempo 0
T1	Tempo 1
T2	Tempo 2
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
WHOQOL-BREF	Escala de Qualidade de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEITUAL.....	21
2.1 ACOLHIMENTO INTEGRAL EM CAPS AD III	21
2.2 AVALIAÇÃO DE IMPACTO: VALORIZANDO MUDANÇAS.....	23
2.3 INDICADORES PARA AVALIAR O IMPACTO DO CUIDADO EM AOD	25
2.4 PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS	29
3 OBJETIVOS	33
3.1 GERAL	33
3.2 ESPECÍFICOS.....	33
4 MÉTODO	35
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	35
4.2 CENÁRIO	36
4.3 PARTICIPANTES.....	36
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão	37
4.4 COLETA DE DADOS.....	37
4.5 INSTRUMENTO.....	38
4.5.1 Medidas	39
4.5.1.1 Escala de Consequências da Dependência de Substâncias - CDS.....	39
4.5.1.2 Escala de Qualidade de vida WHOQOL-BREF.....	39
4.5.1.3 Eixos da reabilitação psicossocial	39
4.5.1.4 Direitos humanos	40
4.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	40
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	42
5 RESULTADOS	44
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	44
5.1.1 Participação no tratamento	46
5.2 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL.....	47
5.2.1 Consumo de substâncias psicoativas e problemas relacionados	47
5.2.2 Qualidade de vida	49
5.2.3 Reabilitação psicossocial.....	50
5.3 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL À LUZ DO QR	51

5.4 PERDAS AMOSTRAIS.....	53
6 DISCUSSÃO	58
6.1 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL	58
6.2 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL NO USO DE SUBSTÂNCIAS ...	61
6.3 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL NAS CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO E NA QUALIDADE DE VIDA.....	63
6.4 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	66
6.5 PERDAS AMOSTRAIS.....	71
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	76
7.1 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	76
7.2 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	77
8 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES	91
APÊNDICE 1 – Formulários de coleta de dados	91
1.1 Formulário 1 – Localização e socioeconômico	91
1.2 Formulário 2, 3 e 4 – Entrevistas T0, T1 e T2.....	93
1.3 Formulário 5 – Perdas amostrais	108
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
ANEXOS.....	112
ANEXO 1 – Escala de Consequências da Dependência de Substâncias – CDS.....	112
ANEXO 2 – Escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF	113
ANEXO 3 - Pareceres dos Comitês de Ética e Pesquisa	120

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (2001) permitiu a criação de redes assistenciais de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) com grande expansão de serviços comunitários, por todo território nacional, em sua maioria Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Fundamentado em valores humanitários e na garantia dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental e de uso de AOD, este processo é constantemente marcado por disputas ideológicas com o modelo psiquiátrico biomédico e práticas moralistas e criminalizantes⁽¹⁾.

Até o ano de 2015, dados sobre o cenário desta reforma foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) onde contatou-se investimentos crescentes nos CAPS nas modalidades I, II e III, redução gradual do número de leitos em hospitais psiquiátricos e o fechamento de instituições totais, bem como, esforços em diversas estratégias de desinstitucionalização e *recovery*⁽²⁾. No entanto, a partir de uma “ruptura democrática” iniciada em 2016 a publicação regular dessas informações foi interrompida e as conquistas de uma política pública de saúde mental que assegura acesso por serviços abertos e territorializados, que compromete-se com a produção de vida e de saúde das pessoas e que está alinhada às recomendações internacionais, vem sofrendo constantes ameaças^(3,4).

Dois momentos políticos concretizaram este retrocesso, a Portaria 3.588 de 2017⁽⁵⁾ e a Nota Técnica 11/2019⁽⁶⁾, que resultou na publicação de “Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil” (2020) totalmente contrárias às políticas atuais e intencionada em revogar cerca de 100 portarias⁽⁷⁾. Em resumo, reforçam o papel dos hospitais psiquiátricos, Hospital Dia e ambulatório de especialidade na rede com aumento de financiamento para medicações e internamentos, restringem o cadastramento de novos CAPS, ampliam vagas em Comunidades Terapêuticas, condenam e são contrárias a estratégias de Redução de Danos (RD), instituem o CAPS álcool e drogas (CAPS AD) modalidade IV com capacidade de até 30 camas para acolhimento integral (mais que o previsto para enfermarias em Hospitais Gerais) e além disso, não mencionam investimentos nos serviços já existentes. Como afirma Onocko-Campos (2017), “este dado mostra a potência que a política pública tem para introduzir mudanças quando a ela se atrelam recursos e decisões políticas”⁽¹⁾.

Essa tentativa de reinversão do modelo psicossocial atual, foi inicialmente justificada pela escassez de evidências científicas que comprovem os resultados esperados com a saúde mental comunitária, com destaque para a modalidade 24h. Mas que resultados são esses?

Dentre os estudos avaliativos existentes, muitos apontam a dificuldade de realização de avaliações permanentes, em larga escala e a ausência de indicadores que norteiam as mesmas^(8,9). Outros sinalizam desafios de consolidação do modelo psicossocial sobretudo no contexto do cuidado em AOD, o que resulta em pouca participação de usuários e familiares, estigma, condutas tutelares, resistência a estratégias de RD por parte dos profissionais e também a centralidade de todas as demandas nos CAPS, com poucos recursos sociais na rede^(10,11). Ao mesmo tempo, os CAPS são mencionados como dispositivos de baixo custo, essenciais para o processo de desinstitucionalização e cuidado integral na rede. Quem os acessa no geral encontra-se acolhido, satisfeito, percebe mudanças em sua vida, considera que as necessidades são atendidas, sente-se incluído em sua diversidade e encontra apoio para o desenvolvimento da autonomia e cidadania^(8,12-14).

Quanto ao perfil das pesquisas, duas revisões da literatura evidenciaram o predomínio de avaliações de quarta geração, com base Donabediana (estrutura, processo e resultado), de abordagem qualitativa e realizadas com profissionais de CAPS para adultos com problemas de saúde mental. Apenas 8,6% dos estudos avaliaram os CAPS AD e nenhum focou na modalidade III, 24h^(8,15). Posteriores avaliações de CAPS AD III, focaram em questões semelhantes às anteriores, com destaque para a satisfação dos usuários com o serviço^(11,13).

Neste sentido, para responder à questão anterior é indispensável considerar primeiramente a necessidade de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em conjunto com os mecanismos de avaliação no contexto nacional, para que de forma racional e científica, conclusões coerentes e centradas nas necessidades prioritárias da população sejam identificadas^(1,4).

Diante de todos esses desafios e de modo a contribuir com o fortalecimento do cuidado comunitário, em liberdade, esta pesquisa buscou avaliar de forma inovadora, comparativamente aos estudos conhecidos e ao conhecimento já apurado, o acolhimento integral em CAPS AD III. Conduzimos uma avaliação de impacto de abordagem quantitativa, uma alternativa de medida pouco utilizada na área da saúde mental disponível para um restrito grupo de países⁽¹⁶⁾, mas que se apresentou como uma ferramenta potente para gerar informações referentes às reais mudanças vivenciadas pelos próprios usuários no contexto Brasileiro.

Este projeto foi apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2017 e defendido publicamente em 2018. A coleta de dados decorreu entre 2019 e 2020 com posterior tratamento dos achados, percurso este, que incluiu um período em um centro de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em ligação a Universidade de

Lisboa, Portugal, com o objetivo de qualificar o processo de análise dos resultados mediante experiências portuguesas consideradas referência global para o cuidado em AOD. Concluído o projeto de pesquisa apurou-se que o acolhimento integral nos CAPS AD III impacta positivamente na vida dos usuários, com melhora nas dimensões biopsicossociais que envolvem o uso problemático de substâncias e a condição de vulnerabilidade, além de ser um modelo de cuidado que se mostrou alinhado ao apoio e respeito dos direitos humanos.

Apresentaremos o percurso da pesquisa e os resultados científicos encontrados, sem desqualificar a essencial construção de um cuidado psicossocial com foco na pessoa e não na droga, nas suas necessidades de saúde e não apenas no diagnóstico.

2 PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEITUAL

2. PROBLEMÁTICA E ENQUADRAMENTO CONCEITUAL

2.1 ACOLHIMENTO INTEGRAL EM CAPS AD III

“Um lugar para onde ir”

O CAPS AD III, 24 horas, é o mais recente serviço comunitário da RAPS para o atendimento especializado de pessoas com problemas graves e persistentes decorrentes do uso de AOD, nomeadamente uso de padrão abusivo e dependente, sendo retaguarda para grupos populacionais de 200 a 300 mil habitantes. O objetivo geral do tratamento no CAPS AD III é prestar cuidado voluntário e aberto na comunidade, reduzir os riscos e danos do uso problemático de substâncias e promover a reabilitação, inserção e inclusão social dos usuários. É conduzido por equipe multiprofissional durante todos os dias da semana e varia entre as modalidades de atendimento individual e em grupo, disponibiliza medicações, atendimento a família, realiza ações de RD nos territórios de maior vulnerabilidade e articula-se com outros recursos e serviços da rede na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada, para atender as necessidades dos usuários⁽¹⁷⁾.

Para o atendimento 24 horas de situações de crise e outras de maior gravidade, possui o recurso de camas. Esse suporte mais intensivo pode ser utilizado pela mesma pessoa quantas vezes for necessário, com tempo máximo de até 14 dias no mês para cada acolhimento e é denominado pela portaria regulamentadora como acolhimento noturno ou hospitalidade noturna. Porém, neste tempo, os usuários permanecem acolhidos integralmente no CAPS AD III e por isso denomina-se de acolhimento integral a combinação do acolhimento diurno e noturno⁽¹⁸⁾.

As indicações para admissão nas camas podem ser de casos de intoxicação, abstinência, fissura (*craving*), extrema vulnerabilidade social, risco de vida, problemas de saúde física e mental, mas também para as pessoas com dificuldade de lidar com o uso de substâncias psicoativas e que vivenciam uma desorganização em sua vida, com agravamento dos danos e consequências. No acolhimento integral, habitualmente realiza-se o processo de desintoxicação e o cuidado passa a ser mais direto de acordo com as necessidades de cada pessoa. Durante o dia, quando possível, segue-se as atividades comuns do CAPS AD III e no período noturno e aos finais de semana os usuários são acompanhados principalmente pela equipe de enfermagem (sem a presença do médico 24h)⁽¹⁸⁾. Em alguns serviços é comum o apoio de outros

profissionais da equipe multiprofissional durante algumas horas do período noturno e final de semana^(19,20).

Para os usuários que necessitam de mais tempo em acolhimento integral, pode negociado e discutido com a equipe ou este deve ser encaminhado para a Unidades de Acolhimento (UA), serviço residencial transitório vinculado ao CAPS AD III que conta com oito vagas por residência com permanência máxima de seis meses por usuário⁽²¹⁾.

Todas as metas, objetivos do tratamento, condutas e intervenções realizadas nos CAPS AD III, incluindo o acolhimento integral, são articuladas e pactuadas entre a equipe multiprofissional e o usuário em um projeto terapêutico singular (PTS). O seguimento deste plano na maior parte do tempo é acompanhado por um profissional de referência e revisto sempre que necessário⁽¹⁷⁾.

Atualmente, o Brasil possui 98 CAPS AD III cadastrados com total de 784 camas de acolhimento noturno (que varia em número de seis a 10 por serviço) para todo o território nacional, sendo que 25 (35,5%) desses serviços encontram-se no estado de São Paulo (200 camas) e 15 no município de São Paulo (125 camas)⁽²²⁾.

O recurso do acolhimento integral nos CAPS AD III é utilizado em média duas vezes por usuário no tempo médio de 7 a 11 dias por admissão, a depender do território. Pessoas em situação de rua geralmente permanecem o tempo máximo de 14 dias. O perfil geral dos usuários acolhidos é de maioria homens, com idade média de 40 anos, solteiros, desempregados, com baixa escolaridade, em situação de vulnerabilidade social, em uso de múltiplas substâncias, sobretudo álcool e *crack* e com algum problema de saúde mental associado^(19,23). As necessidades percebidas para o acolhimento integral são: o aumento do uso de substâncias com dificuldade de interrupção; o agravamento de danos e consequências relacionados ao uso; e a dificuldade de viver nas ruas⁽²⁴⁾. Neste sentido, hipóteses são levantadas sobre o acolhimento integral nos CAPS AD III ser utilizado como substituto a respostas sociais insuficientes nos territórios^(19,23).

Como resultado desse acolhimento, as evidências apontam para três importantes aspectos: 1- alta capacidade de manejo de situações de crise; 2- reduções significativas na ocorrência de internações hospitalares; 3- continuidade do cuidado como disparador de mudanças^(19,24). A capacidade de manejo de situações de crise pelos CAPS AD III, está diretamente relacionada à redução das internações hospitalares. Dois estudos que descreveram acolhimentos integrais identificaram taxas de 3,5% e 10,6%, da necessidade de encaminhamento dos casos acolhidos para outros serviços. Quando ocorreram, foram em 97,3%

por demandas clínicas, geralmente por síndrome de abstinência alcoólica grave, situações que os serviços comunitários não possuem estrutura para atender e que são previstas no cuidado a pessoas que usam AOD^(19,23).

Com relação a continuidade do cuidado, um estudo constatou 85,3% de manutenção regular do tratamento após a alta do acolhimento integral⁽¹⁹⁾ que foi corroborado por um segundo que evidenciou a combinação do acolhimento integral com a continuidade do cuidado, a possibilidade de mudanças mais concretas na vida das pessoas, à medida que este recurso foi reconhecido como possibilidade de reestruturação do PTS, pois facilita a reabilitação psicossocial⁽²⁴⁾.

Em termos de comparação com os modelos tradicionais, tanto em hospitais como em comunidades terapêuticas, a vivência do acolhimento integral em CAPS AD III é considerada pelos usuários como superior devido a experiência positiva de cuidado e não controle (associada ao ambiente da internação), ambiente acolhedor, diálogo e vínculo com os profissionais e possibilidade de redução dos riscos e danos decorrentes do uso^(24,25), assim como em outros serviços comunitários em âmbito internacional, cada vez mais evidenciados como as melhores alternativas no cuidado às pessoas que usam drogas⁽²⁶⁻²⁸⁾. Ademais, estudos confirmam que as práticas comunitárias nos CAPS AD se alinham às diretrizes globais que buscam ampliar as possibilidades de vida das pessoas que usam drogas preconizando a liberdade de escolha e autonomia do usuário no seu tratamento. Aceitam uma melhora do indivíduo não somente pela abstinência e permitem que as pessoas se apropriem de suas dificuldades e de seu cuidado, sem culpá-las pelos diferentes resultados que possam apresentar com relação ao uso de AOD^(29,30).

2.2 AVALIAÇÃO DE IMPACTO: VALORIZANDO MUDANÇAS

“Um passo à frente e você já não está mais no mesmo
lugar”

Chico Science.

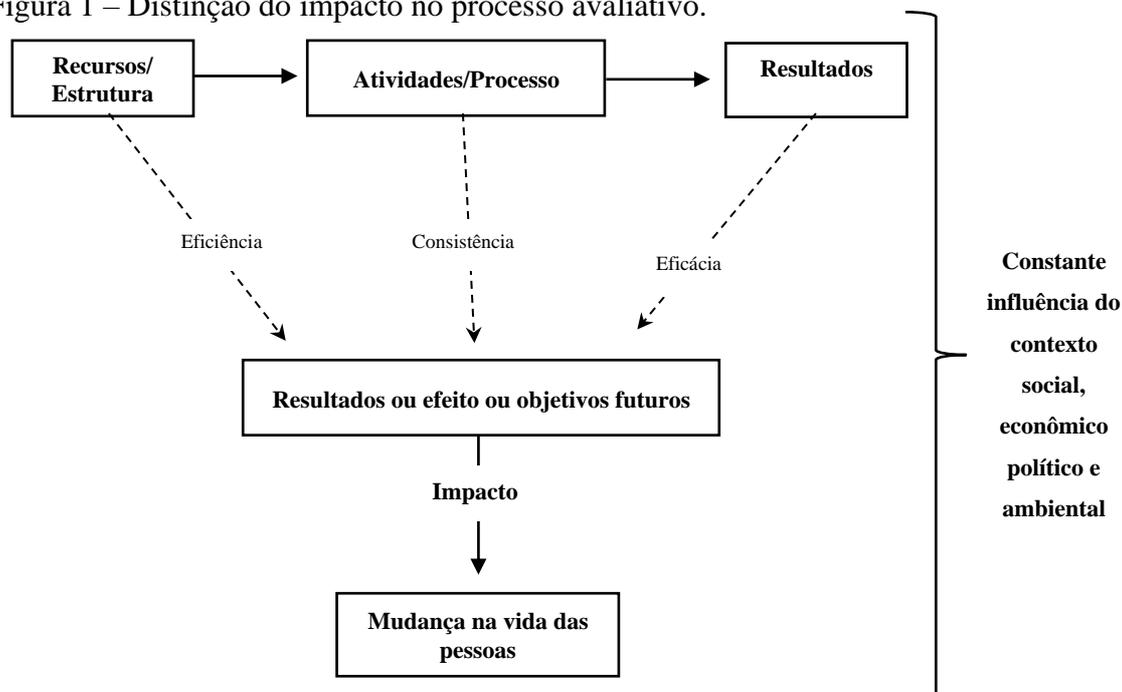
A avaliação de impacto é definida por Roche (2000) como “uma análise sistemática das mudanças significativas -positivas ou negativas, planejadas ou não - na vida das pessoas e ocasionadas por determinada ação ou série de ações”, ou seja, o impacto é avaliado ao se analisar o nível até onde os resultados de uma intervenção, projeto, programa ou modelo, produziram mudanças na vida daqueles que se pretendia beneficiar. Essas mudanças e o

juízo sobre elas, varia de acordo com o objeto estudado e por isso, é preciso considerar para quem se destina e as influências dos contextos sociais, políticos, econômicos e ambientais onde estão inseridos⁽³¹⁾.

Na prática comunitária em saúde mental e AOD, geralmente o verdadeiro impacto das ações são pouco claras e consensuais dificultando a decisão sobre ferramentas, métodos e indicadores apropriados para a sua avaliação. Ainda, percebe-se uma relutância em admitir a imprevisibilidade e subjetividade do que é realizado, restringindo as avaliações e colocando esses serviços expostos à crítica pública e à polêmica⁽¹⁶⁾, o que claramente ocorre no contexto Brasileiro.

Entendendo que qualquer ação pode fazer importante diferença para as pessoas mesmo que a mudança seja discreta e não permanente, a avaliação de impacto pode ser considerada uma parte da etapa de avaliação ou o tipo específico da avaliação, neste caso, de modo a verificar os resultados de uma intervenção com medidas durante o seu desenvolvimento. Como mostra a figura 1, na cadeia avaliativa, além dos contextos, o impacto sofre influência da estrutura, dos processos e dos resultados de determinada ação. Portanto, ao analisar as mudanças deve-se considerar avaliações preliminares e/ou diretrizes sobre o modelo de atenção a ser estudado que contemplaram esses resultados⁽³¹⁾.

Figura 1 – Distinção do impacto no processo avaliativo.



Fonte: Adaptado de Roche (2000)

O processo de avaliação de impacto é sempre prospectivo e passível de adaptações. Quanto ao tempo de execução, não é frequente, usualmente é mais útil no início e próximo ao término de uma intervenção; quanto ao nível analítico, preocupa-se mais com resultados a longo prazo; quanto ao nível de especificidade, é menos específica que as demais por considerar as influências dos contextos; e quanto às abordagens metodológicas, não possui restrição mas é comumente beneficiada de observação participante ou entrevistas com informantes chave^(16,31).

Diante da flexibilidade desta avaliação, um dos maiores desafios é determinar a causalidade das ações, portanto recomenda-se, quando possível, análises estatísticas que validem argumentações lógicas e científicas sobre as mudanças. Vale lembrar que a mudança não é um fenômeno linear e que impactos inesperados que podem surgir como resultados, devem ser considerados. Em resumo, ações e contextos combinam-se para produzir mudanças⁽³¹⁾.

Levando em conta essas ponderações, a avaliação de impacto pode ser conduzida seguindo as seguintes etapas: 1 - definição do objetivo da avaliação; 2 - levantamento de hipótese sobre a intervenção avaliada; 3 - definição das áreas de mudanças/indicadores a serem avaliados; 4 - identificação de informações já existentes; 5 - definição dos envolvidos no processo; 6 - amostragem; 7 - definição do tempo de avaliação; 8 – definição de estratégias para possíveis impasses; 9 – definição de ferramentas e técnicas de coleta de dados; 10 - identificação de fatores de interferência ao longo do processo; 11 - análise e mensuração dos resultados⁽³¹⁾.

2.3 INDICADORES PARA AVALIAR O IMPACTO DO CUIDADO EM AOD

“Nem tudo que é importante pode ser contado.

E nem tudo que pode ser contado é importante”

Albert Einstein.

A escolha dos indicadores é vista como uma das etapas mais complexas no processo de avaliação de impacto. Indicadores são definidos como “expressões, frequentemente numéricas, simples e confiáveis de medir ou informar algo sobre um fenômeno”⁽³²⁾. Neste tipo de avaliação não há método específico de como selecioná-los, mas é ideal reduzir o número a uma proporção administrável e coerente com as áreas de mudança que se deseja avaliar⁽³¹⁾.

Roche (2000) classifica indicadores de impacto em três categorias:

- Riqueza material: compreende os bens, renda, situação ocupacional, salários, segurança alimentar e dependência social.
- Medidas de bem-estar social: condição de saúde, água, saneamento e educação.
- Medidas de empoderamento: percepções do bem-estar e qualidade de vida, participação nas tomadas de decisão nas instituições, acesso aos recursos públicos, dependência física/mental e mobilidade.

Quanto aos indicadores globais de saúde podemos citar principalmente taxa de mortalidade (materna, infantil, suicídios), expectativa de vida, taxa de doenças (tuberculose, HIV), acesso a serviços de saúde, nível de educação e uso de álcool e tabaco⁽³³⁾. Mais especificamente no campo de AOD, não existe uma classificação ou validação padrão de indicadores de avaliação, bem como, nacionalmente os serviços comunitários de saúde mental não são abordados no Plano Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) do MS, que orienta e sugere segmentos de avaliação para cada modelo de atenção no Brasil⁽³⁴⁾. Por esta razão, indica-se basear a escolha dos indicadores em políticas públicas e estudos preliminares na área⁽³¹⁾.

No âmbito das políticas públicas, com destaque para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do MS que orienta o cuidado desta população apoiada nas recomendações básicas para ações em saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁵⁾, esta considera a perspectiva transversal do fenômeno contemporâneo do uso de drogas e a necessidade de ofertas terapêuticas diversificadas, reabilitadoras, preventivas, educativas e de promoção à saúde associadas ao modelo psicossocial para a produção de melhores resultados. Assim, propõe diretrizes para políticas públicas sobre drogas efetivas sendo as principais aqui elencadas: Cuidado integral no território; Trabalho em rede – intersectorialidade; CAPS AD como serviço referência e centralizador do cuidado; e RD como estratégia assistencial e método clínico-político. Sobre os resultados esperados por estas abordagens, que podemos considerar como indicadores de avaliação temos⁽³⁶⁾:

- Ações direcionadas pela inserção social, familiar e reabilitação psicossocial;
- Nível de acesso e adesão ao tratamento;
- Redução dos danos decorrentes do uso problemático de AOD;
- Alcance de autonomia;

- Atuação nos determinantes sociais da saúde para redução das vulnerabilidades;
- Maximização da saúde física e mental.

Ademais, estudos sobre esta temática utilizam indicadores biopsicossociais bastante semelhantes para monitorar resultados em AOD em contextos diferentes. Reforçando a multidimensionalidade do fenômeno esses indicadores estão geralmente associados a quatro aspectos (entre parênteses as questões mais mencionadas na literatura)^(26,27,37-42):

- 1- Físicos – Overdoses, abstinências; Doenças (hepatites e infecções sexualmente transmissíveis); Perda da funcionalidade; Exposição a riscos (violência e atividades ilegais);
- 2- Psíquicos – Sintomas e problemas de saúde mental (tristeza, ansiedade e depressão);
- 3- Sociais – Problemas no relacionamento familiar e rede de apoio; Dificuldade de inserção e manutenção do trabalho; Vulnerabilidade social (falta de renda e situação de rua);
- 4- Tratamento – Continuidade do cuidado; Acesso; Adesão e participação; RD; Estigma.

No que se refere a indicadores específicos para avaliação de CAPS, um estudo propôs a construção participativa e validação de indicadores para avaliar estrutura, processo e resultados em CAPS Adulto III. Foram elaborados 16 indicadores divididos em 8 temas que contemplaram estrutura, processo e resultados: Atenção à crise; Qualificação dos atendimentos grupais; Trabalho em rede; Gestão; Educação permanente; Singularização da atenção; Atenção às pessoas com deficiência intelectual; e Uso de medicação. Estes foram testados e considerados um conjunto potente de medidas para subsidiar avaliações. A maior parte está relacionada ao processo e contempla a organização do processo de trabalho e condutas da equipe e da gestão. A questão da atenção às pessoas com deficiência intelectual é uma especificidade dos CAPS adulto⁽³²⁾. Os demais indicadores podem ser adaptados para uso no CAPS AD III, mas não foram desenvolvidos como indicadores de impacto e, portanto, nem todos abordam mudanças na vida das pessoas.

Retornando a ideia de reduzir o número de indicadores a uma proporção administrável e coerente com as áreas de mudança que se deseja avaliar, com base na contextualização anterior, aparentemente as variáveis que podem representar as mudanças biopsicossociais para

os sujeitos com o acolhimento noturno são: consumo de AOD e os problemas associados, qualidade de vida e reabilitação psicossocial.

O consumo de AOD e os problemas associados é o indicador básico para avaliar respostas como modalidades de tratamento e seu impacto na vida das pessoas. Pode ser medido por uma série de recursos e instrumentos validados que considerem além do tipo da droga e da frequência do uso, os aspectos multidimensionais do fenômeno⁽⁴³⁾. Porém, tendo a RD como “estratégia assistencial e método clínico-político” nos CAPS AD III, quanto mais ampla esta avaliação análises mais coerentes podem ser feitas⁽²⁶⁾. RD é definida pela Associação Internacional de Redução de Danos como o “conjunto de estratégias e ideias práticas destinadas a reduzir as consequências negativas (biológicas, sociais, econômicas) associadas ao uso de drogas, sem necessariamente reduzir o consumo”, entendida como resultado clínico do cuidado em AOD⁽⁴⁴⁾.

A variável qualidade de vida já vem sendo utilizada pela OMS como forma de ampliar as medidas de indicadores de saúde global da população para além daquelas comuns (mortalidade, morbidade, impacto das doenças, incapacidades funcionais), entendendo que estas acabam por mensurar os níveis de doença e apresentavam ausência de elementos humanísticos no cuidado à saúde na promoção de um olhar integral, fundamental no cuidado em saúde mental e AOD. Para isso, desenvolveu-se uma escala com propriedades de avaliação deste indicador denominada WHOQOL-BREF que encontra-se disponível e validada para dezenas de países⁽⁴⁵⁾.

Reabilitação psicossocial como conceito proposto por Saraceno (2001) como processo de reconstrução da cidadania e autonomia, em seus eixos habitar, trabalho e rede de apoio é apontada nas políticas públicas de saúde mental e de AOD como objetivo e diretriz de cuidado⁽⁴⁶⁾. Estudos que analisaram desafios e possibilidades da reabilitação psicossocial no cuidado a pessoas que usam drogas, destacam as dificuldades dos profissionais de serviços comunitários de garantirem aos usuários a participação na sociedade e a circulação pelo territórios, sendo que o estigma, a negação da RD e as políticas de criminalização aparecem como os principais impasses^(40,47,48). Ao mesmo tempo, consideram a reabilitação psicossocial como uma estratégia de RD⁽⁴⁸⁾. Ainda não existem instrumentos específicos para avaliar este indicador, mas por ser transversal às práticas dos CAPS no geral, a avaliação pode ser feita, inicialmente, de forma objetiva e descritiva como conduzida pelo estudo citado anteriormente, ou adaptada para cada pesquisa (número de PTS que abordam os eixos da reabilitação psicossocial)⁽³²⁾.

2.4 PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

“O pavor cala, aquele que já não é ouvido”

Fábio Rodrigues

Desde 1990, que a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece e vem reafirmando que para lidar com o problema mundial das drogas é preciso total conformidade com os direitos humanos. Em conjunto, o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) aponta para o crescente aumento dos problemas relacionados ao uso de AOD, sobretudo em países em desenvolvimento, guiado por uma série de fatores como a urbanização, mudanças demográficas e desigualdades socioeconômicas. Neste sentido, a questão das drogas e dos direitos humanos ocupa lugar importante como estratégias futuras do UNODC e Objetivos do Desenvolvimento Sustentável para 2030^(49,50).

Todos os aspectos e desafios que envolvem a complexidade do uso problemático de AOD na sociedade atual têm implicações nos direitos humanos visto a sua relação com as vulnerabilidades geralmente vivenciadas por esses indivíduos⁽⁵¹⁾. A pobreza, as desigualdades e os riscos à saúde, bem como, a paz, a justiça e instituições fortes, são importantes para a garantia da saúde global, do bem estar social e dos direitos humanos, sobretudo em contextos onde a criminalização do usuário ainda resulta em “guerra às drogas”⁽⁵²⁾.

As políticas públicas e conseqüentemente os serviços de saúde que atendem esta população nem sempre cumpre esse compromisso, mas precisam estar cada vez mais comprometidos com a defesa dos direitos humanos como meta para qualificar suas ações e resultados (*advocacy*). Por isso a ONU propõe as “Diretrizes Internacionais Sobre Direitos Humanos e Políticas de Drogas” que aborda desde os princípios dos direitos humanos até as obrigações resultantes dessas normas que devem ser seguidas por todos os atores envolvidos no cuidado a pessoas que usam drogas⁽⁵¹⁾.

Esta discussão está bastante presente no contexto do cuidado a pessoas que usam *crack* e vivem em situação de rua pelos CAPS AD III as quais são constantemente apoiadas pelo acolhimento integral. Estudos têm evidenciado a invisibilidade deste grupo e as constantes violências a que são submetidos, onde os próprios sujeitos passam a reconhecer-se como indignos e naturalizam a humilhação social que sofrem cotidianamente com preconceitos, estigmas, desigualdades sociais, abuso de poder, dentre outras^(53,54). Nesta constante gravidade os direitos básicos de habitação, trabalho e condições mínimas de sobrevivência são facilmente

esquecidos⁽⁵⁴⁾.

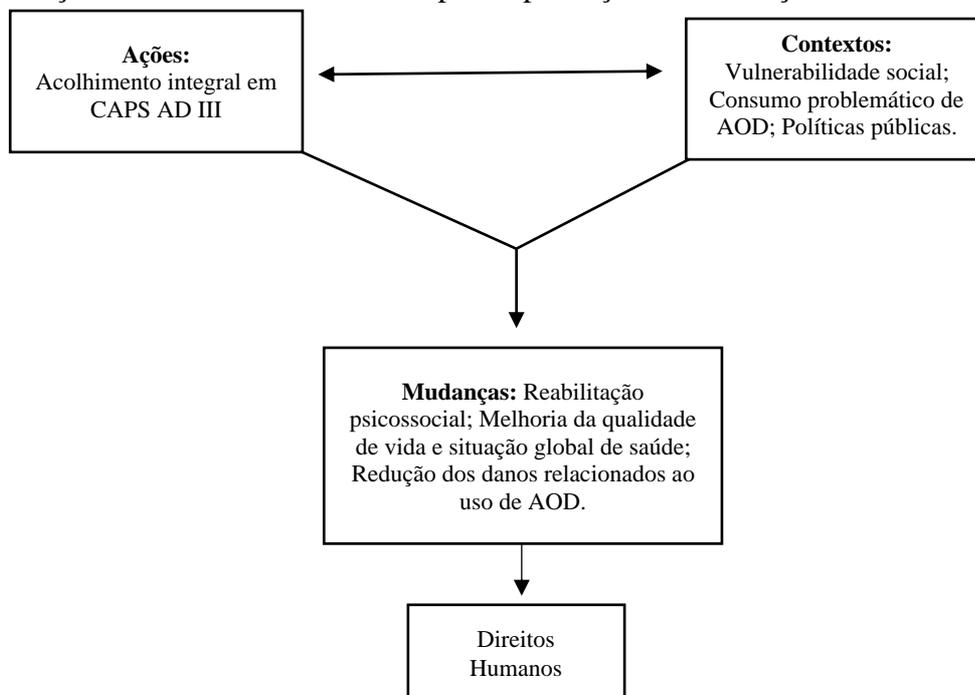
As diretrizes destacam as obrigações e prioridades que os estados deveriam adotar para cumprir com os direitos humanos das pessoas que usam drogas, dentre elas: “1. Direito ao mais alto padrão de saúde possível; 2. Direito a se beneficiar do progresso científico; 3. Direito a um padrão de vida adequado; 4. Direito à seguridade social; 5. Direito à vida; 6. Ausência de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; 7. Liberdade de pensamento, consciência e religião; 8. Direito de aproveitar a vida cultural”. Ressalta-se o ponto 1 que aborda em subpontos a 1.1 RD, 1.2 Tratamento de dependência de drogas, 1.3 Acesso a medicamentos controlados e 1.4 Direitos humanos, saúde e meio ambiente. Estes basicamente dizem respeito ao direito a acesso voluntário a serviços e informações sobre RD, a tratamentos para o uso de drogas com base em evidências, incluindo as terapias de substituição e o direito a um padrão de vida adequado⁽⁵¹⁾.

Isto posto, não há como desconsiderar um olhar para o acolhimento integral nos CAPS AD III no sentido da promoção e efetivação dos direitos humanos dos usuários. Esta perspectiva é uma forma de qualificar as ações do modelo psicossocial, atender as obrigações das diretrizes internacionais e contribuir para os objetivos futuros do desenvolvimento sustentável⁽⁵²⁾. Um modo de avaliar os serviços de saúde mental à luz dos direitos humanos das pessoas é o *QualityRights* (QR), uma iniciativa da OMS estruturada a partir de sete artigos definidos pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD): (1) O direito a um padrão de vida adequado (Artigo 28); (2) O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25); (3) O direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14); (4) Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigos 15 e 16); (5) O direito a viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19)⁽⁵⁵⁾.

O modelo do QR é avaliado pelas diretrizes do kit de ferramentas “Direito é Qualidade” e tem contribuído para documentar de forma sistemática os resultados de avaliações de serviços de saúde mental na atenção hospitalar e ambulatorial e melhorar a qualidade dos serviços com redução das práticas coercitivas⁽⁵⁶⁾. Avaliações foram documentadas no Chile⁽⁵⁷⁾ e no Brasil^(58,59), em serviços ambulatoriais. Especificamente no Brasil, foram avaliados CAPS nas regiões centro-oeste, nordeste e norte. Avaliações de CAPS AD e CAPS AD III.

Baseado nesta contextualização da problemática, recomenda-se para avaliação do impacto do acolhimento integral em CAPS AD III, seguindo a proposta de Roche (2000)⁽³¹⁾ de que ações e contextos combinam-se para produzir mudanças, o esquema exposto na figura 2.

Figura 2 – Ações e contextos combinados para a produção de mudanças.



Fonte: Adaptado de Roche (2000)

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar o impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral em CAPS AD III.

3.2 ESPECÍFICOS

1) Caracterizar a população que acessa o acolhimento integral nos CAPS AD III em aspectos socioeconômicos, condição de saúde física e mental e uso de substâncias psicoativas;

2) Avaliar mudanças no consumo de substâncias psicoativas e na gravidade dos problemas relacionados;

3) Avaliar mudanças na qualidade de vida;

4) Avaliar o alcance dos eixos da reabilitação psicossocial: moradia, trabalho/renda e rede de apoio;

5) Avaliar o impacto nos indicadores: consumo de substâncias; qualidade de vida; e reabilitação psicossocial, à luz dos direitos humanos.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo de abordagem quantitativa, com delineamento de coorte prospectiva, não controlada. Trata-se de um enfoque que não pretende modificar ou intervir o fenômeno estudado, mas pesquisar como um processo se desenvolve ao longo do tempo em um grupo de indivíduos expostos às mesmas condições. Por serem prospectivos, estes estudos preveem vieses como o amostral, devido às perdas, especialmente com populações complexas e vulneráveis, como no caso deste estudo, e vieses de confusão pela influência de variáveis externas que podem produzir um efeito distorcido e confundir o desfecho⁽⁶⁰⁾. O viés amostral não foi possível de ser minimizado devido às características da população, enquanto o viés de confusão foi resolvido com a coleta de dados de possíveis variáveis intervenientes e o controle delas no momento da análise. Para a condução da avaliação de impacto seguimos as 11 etapas propostas por Roche (2000)⁽³¹⁾.

(1) Com o objetivo de avaliar o impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral nos CAPS AD III e (2) partindo da hipótese de que essa modalidade de cuidado produz resultados positivos na vida das pessoas que acessam esse recurso de tratamento, considerando as influências dos contextos, (3) definimos como áreas de mudança/indicadores de avaliação: qualidade de vida, uso de AOD e suas consequências e reabilitação psicossocial; (4) após a identificação de informações já existentes na literatura científica e nas políticas públicas, identificamos a necessidade de analisar os resultados do acolhimento integral à luz dos direitos humanos. (5) Definimos os usuários dos CAPS AD III como os principais envolvidos no processo.

Em seguida, (6) selecionamos a amostra inicial e (7) definimos o tempo de avaliação de três meses com três entrevistas e dois tempos de *follow-up*: tempo zero (T0), no momento do acolhimento integral; tempo um (T1), 14 dias depois (tempo máximo de permanência nas camas dos CAPS AD III de acordo com a regulamentação); tempo dois (T2), três meses depois. (8) Como estratégias para lidar com os impasses que encontramos, passamos a considerar válida a inclusão de participantes na coorte até dois dias depois da data de admissão no acolhimento integral (visto a gravidade da maioria dos casos ao iniciar o processo de desintoxicação).

Após a primeira entrevista no T0 realizamos marcação de data e horário para a entrevista do T1 e do T2 nos próprios CAPS AD III e estabelecemos como tempo limite para a realização das entrevistas até cinco dias depois para T1 e até 30 dias depois para T2. (9) Optamos pelo uso de ferramentas digitais para assegurar a fidedignidade da coleta de dados; (10) por fim, identificamos os fatores de interferência que apareceram ao longo do processo e (11) analisamos e mensuramos os resultados.

4.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado em dois CAPS AD III da Coordenadoria Regional de Saúde Sé, região central do município de São Paulo, SP, Brasil, serviços de referência para o cuidado especializado em AOD nesse território e os únicos na modalidade III. Na região central, contabiliza-se 431.106 habitantes e 11.048 pessoas em situação de rua⁽⁶¹⁾. Define-se pessoas em situação de rua como aquelas sem habitação estável, adequada e permanente, incluindo pessoas que vivem em condições precárias, hospedadas em albergues, abrigos noturnos, alojamentos/residências temporárias e comunidades terapêuticas⁽⁶²⁾.

Os CAPS AD III contam com equipe multiprofissional de médicos (durante o dia 3 a 4 vezes na semana), enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, oficinairos, farmacêuticos, redutores de danos, dentre outros. No momento da pesquisa, ambos os CAPS, atendiam cerca de 300 a 350 usuários no mês e possuem oito e nove camas de acolhimento noturno, com taxa de ocupação total que variou de 87% a 100% no período estudado (dados dos serviços). Vale destacar, que um dos serviços durante a pesquisa suspendeu a utilização de três de suas camas devido a necessidade de ceder espaço físico para um programa do governo estadual.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram selecionados por conveniência e incluídos na coorte entre fevereiro de 2019 a janeiro de 2020. Estes foram abordados no mesmo dia ou até dois dias após a data de admissão no acolhimento integral, nas dependências dos serviços. Dentre aproximadamente 582 usuários acolhidos integralmente nos dois CAPS AD III no período da

pesquisa, 291 foram novas admissões e 271 permaneceram mais de 24h. Dos 271 usuários, 184 foram abordados pelos pesquisadores que apresentaram a proposta do estudo, desses 38 não aceitaram participar e 24 não estavam em condições físicas e/ou mentais para participar da entrevista, o restante completou a primeira entrevista (T0) e seguiram em acompanhamento no *follow-up* entre maio de 2019 a fevereiro de 2020.

Assim sendo, temos como participantes da pesquisa uma coorte de originalmente 122 pessoas selecionadas por conveniência, que estavam em tratamento em um dos CAPS AD III e foram admitidas em acolhimento integral, no período da pesquisa.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais, que permaneceram mais de 24h em acolhimento integral, que estavam em condições de responder a entrevista de acordo os seguintes critérios: sinais de intoxicação, sintomas graves de abstinência, alterações psíquicas no momento da entrevista (alteração de pensamento ou senso percepção, agitação psicomotora e extrema incapacidade de compreensão das perguntas) e que completaram pelo menos, uma entrevista do *follow-up*. Foram excluídas as perdas amostrais.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu de fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020 e foi organizada nos três tempos e conduzida por entrevista face a face com os participantes nos próprios CAPS AD III, com duração média de 40 minutos. A equipe de pesquisa foi composta pelo pesquisador principal e uma pesquisadora de pós-doutorado, com apoio de duas alunas de iniciação científica na área de AOD. Todos receberam o treinamento adequado para conduzir as entrevistas.

Após T0 a marcação das entrevistas seguintes foi feita no cartão pessoal de tratamento de cada usuário, bem como, comunicada ao profissional de referência para que este contribuísse com a presença no agendamento. A busca ativa entre os tempos da pesquisa, se deu pelo não comparecimento do sujeito nas entrevistas marcadas em no mínimo cinco tentativas. Como recursos de acesso utilizamos o contato telefônico, busca no endereço de residência e principalmente, articulações com as equipes dos CAPS AD III que faziam abordagem de rua.

Priorizamos também a permanência dos pesquisadores nos serviços, durante todos os dias da semana.

As pessoas não encontradas durante o *follow-up* ou que não concluíram as respostas do instrumento foram consideradas como perdas amostrais. Para manejo de dados *missing*, utilizamos a abordagem “*Complete Case Analysis*”, excluindo da análise os participantes com entrevistas incompletas⁽⁶³⁾. A coleta de dados foi suspensa antes do tempo previsto devido a pandemia da COVID-19.

4.5 INSTRUMENTO

Como instrumento de coleta de dados utilizamos cinco formulários produzidos pelos pesquisadores, sendo: Formulário 1- para localização dos participantes e dados socioeconômicos; Formulários 2, 3 e 4 – para cada tempo da coleta; Formulário 5 - perdas amostrais (Apêndice 1). Quanto ao conteúdo geral dos formulários estes foram organizados da seguinte forma:

- Formulário 1 - dados de identificação (número de prontuário e CAPS AD III de referência), contatos pessoais, familiares e/ou de pessoas próximas, endereços, números de telefone, locais e serviços de referência e intenção de mudança. Questões sociodemográficas que não se alteram com o *follow-up* (gênero, nacionalidade, data de nascimento, raça etc.)
- Formulário 2, 3 e 4 (T0, T1 e T2) - dados de identificação, características de saúde e sobre o consumo de substâncias (tipo de substância e quantos dias fez uso nos últimos 30 dias), dados de tratamentos prévios e atuais e instrumentos para avaliação do impacto: escala de Consequências da Dependência de Substâncias (CDS), escala de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF e eixos da reabilitação psicossocial (moradia, trabalho/renda, rede de apoio). Além disso, o formulário 3 (T1) contém questões extras sobre o tempo em acolhimento integral.
- Formulário 5 - questões de identificação, se respondeu a entrevista no T1 e motivos da perda no T2 com consulta ao prontuário.

4.5.1 Medidas

4.5.1.1 Escala de Consequências da Dependência de Substâncias - CDS

A escala CDS foi selecionada para avaliar os danos relacionados ao uso problemático de AOD. É uma escala derivada da Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC que define esse resultado como “comprometimento do estado de saúde e da função social devido a dependência de substâncias”, que pode ser utilizada pela equipe multiprofissional. Foi desenvolvida e validada em Portugal e adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil, pelo Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - GEAD/EEUSP⁽⁶⁴⁾.

Na versão brasileira, é composta por 15 itens que mensuram em quatro subescalas, diferentes dimensões das consequências da dependência de substâncias: 1. Psicológico e familiar (4 itens); 2. Funcionalidade (4 itens); 3. Autocuidado (4 itens); 4. Econômico e laboral (3 itens). As respostas sobre a gravidade dos danos são do tipo *likert* e variam de 1 a 5 onde 1 é a mais grave e 5 a menos grave, ou seja, quanto maior o resultado da escala menores as consequências. A avaliação é feita pelo profissional considerando a percepção do usuário⁽⁶⁵⁾(Anexo 1).

4.5.1.2 Escala de Qualidade de vida WHOQOL-BREF

A escala WHOQOL-BREF foi desenvolvida pela OMS como o primeiro instrumento transcultural para avaliação da qualidade de vida de forma multidimensional. É composta por 26 questões, sendo duas gerais e as demais 24 são distribuídas por quatro dimensões: 1. Físico; 2. Psicológico; 3. Social; 4. Meio ambiente. A avaliação é do tipo *likert* de 1 a 5, mas neste caso o valor 1 representa a pior avaliação e 5 a melhor, portanto, quanto maior a pontuação melhor a qualidade na vida⁽⁶⁶⁾(Anexo 2).

4.5.1.3 Eixos da reabilitação psicossocial

Os eixos moradia, trabalho/renda e rede de apoio, foram validados como indicador de avaliação de resultado para CAPS III, como a proporção de projetos terapêuticos singulares que incluem ações em ao menos dois dos três eixos⁽³²⁾. Neste estudo, este indicador foi adaptado e coletado pelo relato dos participantes nos três tempos do *follow-up*, não pela proposta de ações, mas pela mudança dos eixos no seguimento.

4.5.1.4 Direitos humanos

O QR é composto por quatro temas e 25 padrões de avaliação: tema 1- O direito a um padrão de vida adequado (7 padrões); tema 2 – O direito a usufruir do padrão máximo possível de saúde física e mental (5 padrões); tema 3- O direito a exercer a capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e segurança da pessoa (4 padrões); tema 4- Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (5 padrões); e tema 5- O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (4 padrões)^(55,67).

Para cada padrão, possui as seguintes hipóteses de classificação: (AT) - Alcançado Totalmente: Há evidência de que os critérios, padrões ou temas foram completamente realizados; (AP) – Alcançado Parcialmente: Há evidência de que os critérios, padrões ou temas foram realizados, porém melhorias ainda são necessárias; (AI) - Alcance iniciado: Há evidência de medidas que estão a ser tomadas para cumprir os critérios, padrões ou temas, porém, melhorias significativas ainda são necessárias; (NI) - Não iniciado: Não há evidência de cumprimento dos critérios, padrões ou temas; (NA) - Não aplicável: Os critérios padrões ou temas não são aplicáveis ao serviço em questão⁽⁶⁷⁾.

4.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi realizada pelo programa estatístico R 4.0.3. A suposição de normalidade residual foi avaliada pela inspeção dos gráficos *QQplot* (relação entre os quantis da amostra e os quantis da distribuição escolhida). As variáveis numéricas foram apresentadas pelas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão (DP)) e para o testar as hipóteses aplicou-se o teste t de *Student*, teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* e teste de *Brunner-Munzel*. Para as variáveis categóricas, foram apresentadas frequências absolutas e relativas e o teste exato de Fisher e teste qui-quadrado.

A análise longitudinal foi conduzida com modelos lineares de efeitos mistos nas informações completas disponíveis para cada variável numérica que se concentra especificamente na mudança individual ao longo do tempo, enquanto considera a variação no tempo de medidas repetidas. Para variáveis ordinais e binárias, um modelo linear generalizado de efeitos mistos para a família binomial foi ajustado 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. Utilizamos intervalo de confiança de 95% e parâmetro de diferença p-valor < ou = 0,05.

A análise do impacto dos indicadores se deu por uma matriz avaliativa apresentada no Quadro 1, que foi construída com base nas evidências utilizadas para a escolha dos indicadores considerando o contexto dos participantes. A equipe de avaliação foi composta pelos dois pesquisadores principais e um avaliador externo, doutores na área de AOD.

Quadro 1 – Matriz avaliativa do impacto do acolhimento integral em CAPS AD III. São Paulo, Brasil, 2020.

Pergunta avaliativa	Indicador	Fonte de informação	Mensuração do impacto	Método de coleta de dados
Qual o impacto do acolhimento integral em CAPS AD III?	Consumo de substâncias psicoativas e problemas relacionados	Relato dos usuários sobre os dias de uso de substâncias no último mês Escala de Consequências da Dependência de Substâncias (CDS)	Sem impacto= média de dias de uso e da escala CDS não altera e não existe mudança significativa no <i>follow-up</i> ; Impacto positivo= média geral da escala CDS acima de 48 pontos (gravidade não acentuada); Mudança significativa para cada domínio da escala; redução significativa nos dias de uso. Impacto negativo= redução da média da escala CDS; aumento significativo dos dias de uso, em comparação com o <i>baseline</i> .	Questionário e aplicação de escala
	Qualidade de vida	Escala WHOQOL-BREF	Sem impacto= média não altera e não existe mudança significativa no <i>follow-up</i> ; Impacto positivo= aumento de cinco pontos ou mais na média geral (quanto mais próximo da média da qualidade de vida da população geral (60), considerar maior impacto); Mudança significativa para cada domínio da escala. Impacto negativo= redução da média do <i>baseline</i> .	Aplicação de escala
	Reabilitação Psicossocial	Relato dos usuários sobre os eixos: morar, trabalho/renda e rede de apoio	Sem impacto= nenhum eixo apresenta mudança no <i>follow-up</i> ; Impacto positivo= um ou mais eixos com mudança significativa; Impacto negativo= piora significativa do <i>baseline</i> .	Questionário

Fonte: Adaptado de Oliveira et al., 2017⁽⁶⁸⁾.

Em seguida, para responder ao objetivo específico 5, analisamos os resultados dos indicadores à luz do QR. Avaliamos os temas pelas hipóteses de classificação. O tema 1, não é aplicável a serviços ambulatoriais, como os CAPS AD III e o tema 4, não teve nenhum padrão contemplado pelo estudo longitudinal e, portanto, não foram incluídos na análise.

Os resultados deste estudo serão apresentados em gráficos e tabelas, nas quais o valor de p no T1, se refere a comparação de T1 com T0 e o valor de p no T2, a comparação de T2 com T0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

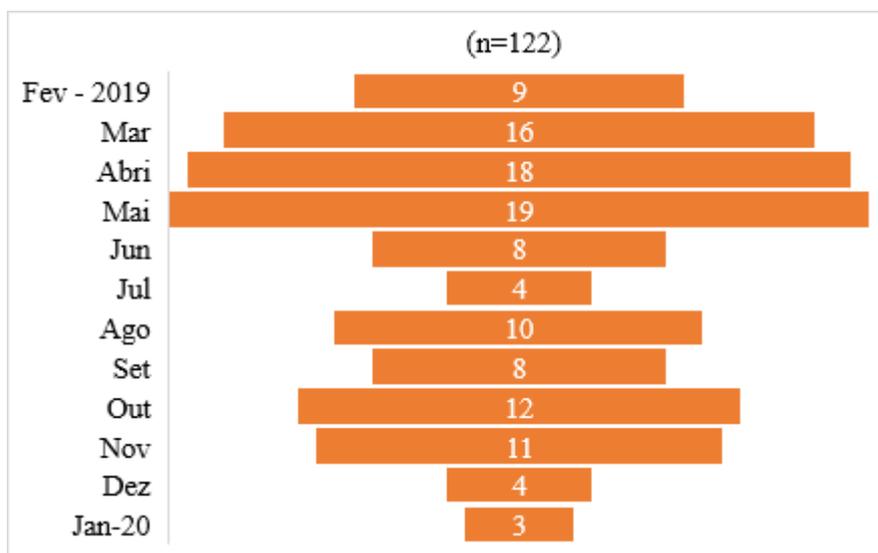
Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme resolução 466/2012, após esclarecimento sobre a pesquisa, riscos, benefícios e possibilidade de retirada do consentimento (Apêndice 2). Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da EEUSP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob números de parecer 2.759.176/2018 e 2.832.670/2018 (Anexo 3).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Dos 122 participantes incluídos na coorte, 67 (55%) completaram o *follow-up* no T1 e 49 (40,2%) no T2. Nas entrevistas do T1, 39 (32%) participantes permaneciam em acolhimento integral. A figura 2 apresenta as pessoas incluídas na coorte no T0. Observamos a partir do mês de junho uma redução no número de inclusões o que se justifica pelo fechamento de três camas em um dos CAPS AD III, bem como, especificamente nos meses de férias e recessos da universidade (julho, dezembro e janeiro), pela disponibilidade da equipe de coleta de dados.

Figura 3 – Inclusão de participantes na coorte a cada mês da coleta de dados. São Paulo, Brasil, 2020.



5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No *baseline*, a maior parte da amostra estava em situação de rua (98/81,1%), não possuía contato telefônico pessoal e/ou familiar (96/78,6%), não tinha nenhum vínculo de trabalho (82/67,2%), viviam com renda apenas de benefícios sociais (68/73,9%) e contava com reduzida rede de apoio, nomeando muitas vezes os próprios profissionais dos CAPS AD III (59%) como pessoas que podiam contar em momentos de dificuldade. Os participantes tinham média de idade de 44 anos (DP= 10,3), oito anos de escolaridade (DP= 3,8) e 25 anos (DP= 11,8) de uso

de substâncias psicoativas. Duas pessoas se declararam transexuais. As demais características estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes no *baseline*. São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	n (122)	%
Identidade de gênero		
Homem cisgênero	97	79,5
Mulher cisgênero	23	18,9
Homem transgênero	1	0,8
Mulher transgênero	1	0,8
Orientação sexual		
Assexual	1	0,8
Bissexual	12	9,8
Heterossexual	107	87,7
Homossexual	2	1,6
Nacionalidade		
Brasileiro	121	99,2
Estrangeiro	1	0,8
Raça/Cor		
Branca	32	26,2
Parda	59	48,4
Preta	27	22,1
Indígena	1	0,8
Outra	3	2,5
Estado civil		
Casado	7	5,7
Divorciado	17	13,9
Solteiro	88	72,1
União estável	6	4,9
Viúvo	4	3,3
Escolaridade		
De 0 a 6 anos	57	46,7
De 7 a 11 anos	39	32,0
12 anos ou mais	26	21,3

Com relação às taxas de doenças, no T0 96 (78,6%) participantes referiram problemas de saúde mental e 67 (54,9%) problemas de saúde física. Como mostra a tabela 2, constatamos importante perda dessas pessoas consideradas de risco ao longo do seguimento com significância para aquelas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e ansiedade, no T1 e no T2, e esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar no T1. A única comorbidade que apresentou

aumento dos casos foi Tuberculose, no T1, que passou de quatro para seis casos, provavelmente diagnosticados durante o acolhimento integral.

Tabela 2 – Problemas de saúde física e de saúde mental no *follow-up*. São Paulo, Brasil, 2020.

Comorbidades	T0 (n=122)		T1 (n=67)		p	T2 (n=49)		p
	n	%	n	%		n	%	
Problemas de saúde física								
Hipertensão arterial	22	18,0	10	14,9	0,534	3	6,1	0,061
Diabetes	8	6,6	4	5,6	0,595	0	0,0	0,042
Hepatites	20	16,3	8	11,9	0,412	7	14,3	0,733
Infecções sexualmente transmissíveis	13	10,7	3	4,5	0,041*	3	6,1	0,027*
Tuberculose	4	3,2	6	9,0	0,109	2	4,1	0,797
Problemas de saúde mental								
Depressão	34	27,9	12	17,9	0,130	13	26,5	0,859
Ansiedade	28	22,9	4	5,6	0,006*	3	6,1	0,017*
Esquizofrenia	20	16,4	2	3,0	0,015*	8	16,3	0,991
Transtorno Afetivo Bipolar	8	6,6	1	1,5	0,020*	0	0	0,066
Transtorno de Personalidade	6	4,9	8	11,9	0,087	2	4,1	0,815

*p-valor \leq 0,05

5.1.1 Participação no tratamento

O tempo médio de tratamento nos CAPS AD III no *baseline* era de três anos (DP= 3,5), com dois acolhimentos noturnos anteriores, por usuário. O acolhimento integral avaliado por esse estudo teve em média sete dias de duração e ocorreu pelos motivos de redução do consumo 81,9% (100), desintoxicação 69,6% (85) e vulnerabilidade social 46,7% (57). Trinta e nove usuários (32%) permaneceram 14 dias ou mais em acolhimento. As altas foram em 83,6% (56) dos casos planejadas com a equipe de acordo com o projeto terapêutico, 8,9% (6) foram altas a pedido e 7,5% (5) saíram sem pactuação.

Tratamentos anteriores para o consumo de drogas foi relatado por 26,4% dos sujeitos, sobretudo em internação psiquiátrica (48,4%), comunidade terapêutica (40,2%), outros CAPS AD (34,4%) e 15 pessoas (12,3%) relataram acolhimento noturno anterior em outros serviços. Durante o *follow-up*, apenas o cuidado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (25%) foi relatado ao mesmo tempo que nos CAPS AD III, dado que não variou durante o acompanhamento.

Quanto à participação dos usuários no tratamento, este variou entre as diferentes ofertas de cuidado como descrito na tabela 3. No T1, após 14 dias, todas as modalidades apresentaram diferenças significativas e no T2 a mudança significativa se manteve para a participação nas atividades em grupo (0,031), que aumentou 17,7% do *baseline*.

Tabela 3 – Participação no tratamento entre as diferentes modalidades. São Paulo, Brasil, 2020.

Modalidade	T0 (n=122)		T1 (n=67)		p	T2 (n=49)		p
	n	%	n	%		n	%	
Atendimento individual	106	89,9	66	98,5	<0,001*	44	89,8	0,831
Atividades em grupo	73	59,8	58	86,6	<0,001*	38	77,5	0,031†
Uso de medicações	91	74,6	59	88,0	0,029†	38	77,5	0,661

*p-valor <0,001; †p-valor ≤ 0,05.

5.2 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL

5.2.1 Consumo de substâncias psicoativas e problemas relacionados

No *baseline*, a maioria dos participantes fazia uso de múltiplas substâncias em ordem de prevalência, álcool (165/82,5%), tabaco (136/68%), cocaína (96/48%), maconha (90/45%) e *crack* (88/44%). O padrão de consumo era predominantemente diário (99/49,5%), 8% (16) relatou abstinência e 16 (2,5%) uso de substâncias injetáveis.

Ao longo do *follow-up*, o uso de todas as substâncias alterou com redução dos dias de consumo e aumento dos dias de abstinência com significância para o álcool, maconha e *crack* (<0,001) no T1, com manutenção no T2 para maconha e *crack* (0,021). Mesmo sem diferença estatística para todas as substâncias, com exceção do tabaco e das drogas psiquiátricas, os dias de uso no último mês diminuíram no mínimo um dia do *baseline*, como mostra a tabela 4.

Tabela 4- Consumo de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias. São Paulo, Brasil, 2020.

Variável	T0 (n=122)		T1 (n=67)		p	T2 (n=49)		p
	Média de dias	DP	Média de dias	DP		Média de dias	DP	
Abstinência	8,81	10,94	14,75	7,49	<0,001*	9,47	10,22	0,685
Álcool	20,80	11,37	12,72	8,28	<0,001*	19,67	10,89	0,143
Tabaco	22,38	11,91	25,30	9,91	0,079	24,12	11,27	0,059
Maconha	8,83	11,70	4,39	7,35	<0,001*	7,06	11,07	0,021†
Cocaína aspirada	7,18	10,18	6,24	7,98	0,203	7,69	10,73	0,201
<i>Crack</i>	7,76	11,25	4,13	6,13	<0,001*	5,63	9,18	0,021†
Inalantes	1,13	4,38	0,12	0,71	0,070	1,10	4,56	0,843
Substâncias sintéticas	0,13	1,05	0,00	0,00	0,260	0,04	0,29	0,486
Drogas psiquiátricas	0,48	2,95	0,45	3,67	0,960	1,20	4,90	0,235
Heroína/cocaína injetável	0,31	2,60	0,00	0,00	0,272	0,02	0,14	0,256
Outras substâncias	0,19	0,68	0,22	1,83	0,896	0,80	3,11	0,053

DP= Desvio padrão; *p-valor <0,001; †p-valor ≤ 0,05.

Quanto às consequências relacionadas ao uso problemático de substâncias, a figura 1 e a tabela 5, apresentam os resultados mensurados pela escala CDS no *follow-up*. Observamos impacto positivo com diferença significativa para todos os domínios da escala e para o escore geral (menos oito pontos na gravidade/ $<0,001$), o que evidencia a redução dos danos relacionados ao uso de AOD a nível biopsicossocial, após 14 dias do acolhimento integral. Destaca-se as mudanças na subescala 3- autocuidado que avalia a manutenção do uso de várias substâncias, falta de motivação para a mudança, participação em atividades ilegais e preocupação com os problemas de saúde. No T2 não encontramos impacto significativo para esta medida.

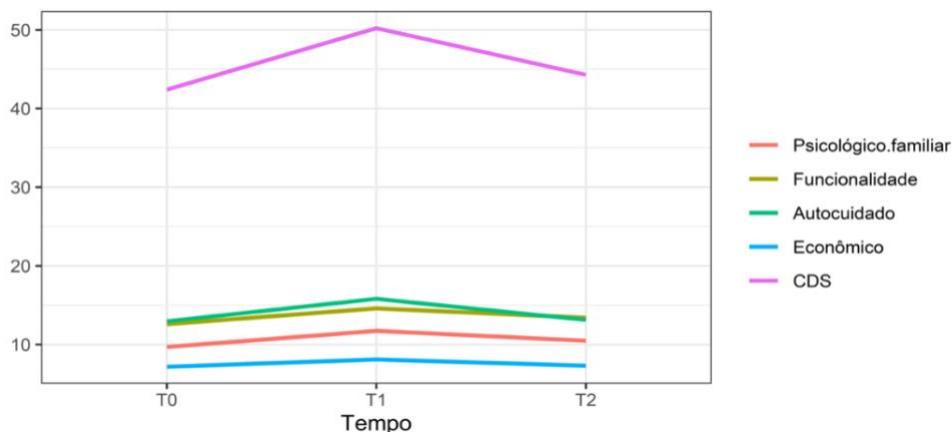
Tabela 5- Resultados da escala de Consequências da Dependência de Substâncias. São Paulo, Brasil, 2020.

Domínios da escala CDS	T0 (n=122)	T1 (n=67)	p	T2 (n=49)	p
1. Psicológico e familiar	9,68	11,73	$<0,001^*$	10,47	0,097
2. Funcionalidade	12,59	14,60	$<0,001^*$	13,39	0,252
3. Autocuidado	12,95	15,81	$<0,001^*$	13,12	0,747
4. Econômico e laboral	7,17	8,09	0,031 [†]	7,31	0,776
Total	42,39	50,22	$<0,001^*$	44,29	0,187

CDS= escala de Consequências da Dependência de Substâncias; *p-valor $<0,001$; [†]p-valor $\leq 0,05$.

Como destaca o gráfico da figura 1, o domínio com menor impacto foi o econômico e laboral (0,031), relacionado a dificuldade de manutenção de trabalho, escola e renda. A média dos danos volta a aproximar-se dos valores do *baseline*, mas com um ponto a menos de gravidade para todas as dimensões, exceto a 4, e dois pontos para a avaliação total.

Figura 4 – Gráfico da escala de Consequências da Dependência de Substâncias no *follow-up*. São Paulo, Brasil, 2020.



CDS= escala de Consequências da Dependência de Substâncias.

5.2.2 Qualidade de vida

A qualidade de vida foi o indicador que evoluiu com o melhor impacto após o acolhimento integral, tanto no T1 como no T2 (<0,001), chegando a um nível próximo da população geral. No T1 destaca-se uma melhora a nível físico (<0,001) (qualidade do sono, aumento da disposição e do bem-estar, redução de dores e desconfortos, melhora da capacidade para o trabalho e para atividades cotidianas) e no T2 nos domínios psicológico (<0,001) (autoestima, espiritualidade e sentimentos positivos ou negativos) e meio ambiente (0,021) (recursos financeiros, transporte e oportunidades de adquirir novas informações, habilidades e ter momentos de lazer). O único domínio que não teve diferença significativa em nenhum dos tempos, apesar da média ter melhorado, foi o social, que avaliou a qualidade das relações sociais, apoio e suporte social e atividade sexual. Estes dados estão descritos na tabela 6.

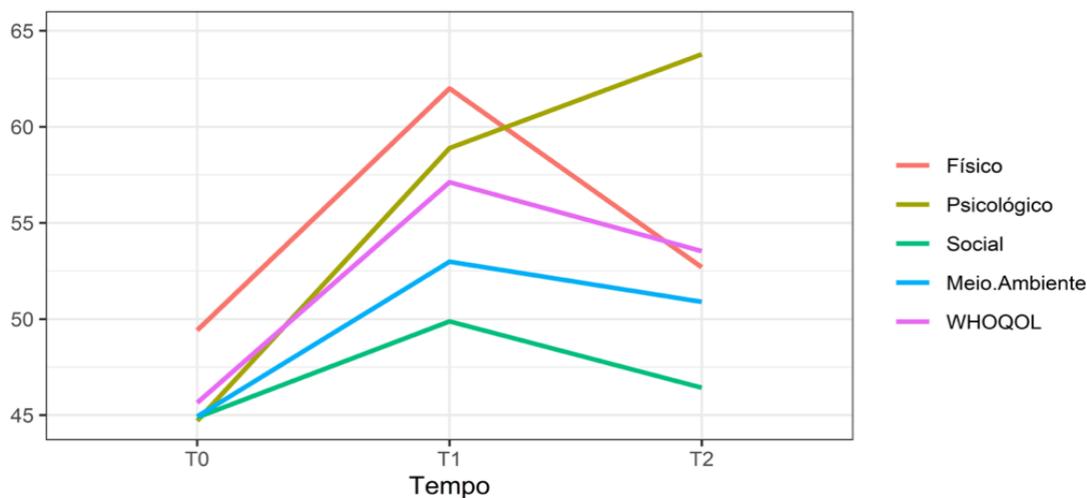
Tabela 6- Resultados da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF. São Paulo, Brasil, 2020.

Domínios da escala WHOQOL-BREF	T0 (n=122)	T1 (n=67)	p	T2 (n=49)	P
1. Físico	49,42	61,99	<0,001*	52,70	0,241
2. Psicológico	44,71	58,89	<0,001*	63,78	<0,001*
3. Relações sociais	44,88	49,88	0,137	46,43	0,678
4. Meio ambiente	44,93	52,99	<0,001*	50,89	0,021 [†]
Total	45,64	57,12	<0,001*	53,53	<0,001*

*p-valor <0,001; [†]p-valor ≤ 0,05.

No gráfico da figura 3, é expressiva a manutenção do impacto positivo após os três meses do acolhimento noturno no domínio psicológico ($<0,001$), bem como na qualidade de vida geral que se manteve com média de 7,89 pontos maior que T0 ($<0,001$).

Figura 5 – Gráfico da escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF no *follow-up*. São Paulo, Brasil, 2020.



5.2.3 Reabilitação psicossocial

O acolhimento integral contribuiu na reabilitação psicossocial dos participantes, com impacto positivo no eixo renda no T2 (0,025). Apesar da diferença estatística no eixo rede de apoio ($<0,001$), não consideramos que este impacto foi positivo, pois o aumento no número de pessoas com quem vive, esteve relacionado ao dormir em centros temporários de acolhida e compartilhar o espaço com cerca de 100 pessoas, o que não refletiu no aumento das pessoas com quem o sujeito poderia contar em momentos de dificuldade, como mostra a tabela 7.

O eixo moradia não apresentou diferença apesar da expressividade de pessoas que saíram das ruas e foram para centros de acolhida (aproximadamente 15%) e o eixo trabalho seguiu com mais de 70% das pessoas na coorte desempregadas, tendo como fonte de renda apenas os benefícios sociais. Diante das perdas, sugere-se que aquelas que estavam em atividade laboral frequentaram menos os CAPS AD III.

Tabela 7- Eixos da reabilitação psicossocial no *follow-up*. São Paulo, Brasil, 2020.

Eixo da reabilitação psicossocial	T0 (n=122)		T1 (n=67)		p	T2 (n=49)		p
	N	%	n	%		n	%	
Moradia					0,582			0,410
Centro de acolhida	38	31,2	37	55,2		23	46,9	
Moradia estável	23	18,8	11	16,4		7	14,3	
Rua	54	44,3	12	17,9		15	30,6	
UA	6	4,9	7	10,5		4	8,2	
Trabalho					0,163			0,166
Aposentado	5	4,1	3	4,5		5	10,2	
Formal	3	2,5	0	0,0		0	0,0	
Informal	32	26,2	13	19,4		9	18,4	
Desempregado	82	67,2	51	76,1		35	71,4	
Renda					0,768			0,025 [†]
Não possui	29	23,8	19	28,4		4	8,2	
Até 1 salário-mínimo	76	62,3	39	58,2		34	69,4	
De 1 a 3 salários-mínimos	17	13,9	9	13,4		11	22,4	
Recebe benefícios sociais								
Sim	78	63,9	41	61,2	0,709	33	67,3	0,673
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	
Rede de apoio								
Com quantas pessoas vivem	4,76	16,15	15,36	43,90	0,083	28,88	67,71	<0,001*
Com quantas pode contar	1,25	1,77	0,82	1,15	0,110	1,73	2,24	0,102

Salário-mínimo= R\$998,00, Brasil, 2019; UA= Unidade de Acolhimento; DP= Desvio padrão; *p-valor <0,001; [†]p-valor ≤ 0,05.

5.3 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL À LUZ DO QR

Para avaliar se o impacto do acolhimento integral apresentado na análise longitudinal garante a proteção e o respeito aos direitos humanos, utilizamos os temas do QR e classificamos o nível de realização dos padrões conforme as evidências dos indicadores anteriormente analisados.

Um padrão do tema 2 (2.2. O serviço possui profissionais qualificados e oferece atenção de boa qualidade em saúde mental); dois padrões do tema 3 (3.3. Os usuários do serviço podem exercer sua capacidade legal e recebem o apoio necessário para exercer sua capacidade legal;

3.4. Os usuários do serviço têm o direito à confidencialidade e ao acesso a suas informações pessoais de saúde); e um padrão do tema 5 (5.3. O direito dos usuários do serviço a participar da vida política e pública e a exercer a liberdade de associação é apoiado), não puderam ser respondidos pelos indicadores do estudo.

Dos 13 padrões dos temas 2, 3 e 5, nove foram avaliados. Destes, apenas um padrão do tema 5, acesso a oportunidades de educação e de trabalho, foi considerado em alcance iniciado, quatro foram alcançados parcialmente e quatro totalmente. Como mostra a tabela 8, o tema 2 sobre as questões de saúde física e mental foi o mais impactado positivamente com o acolhimento integral, resultado da redução do uso de substâncias e os danos relacionados, melhoria da qualidade de vida física e disponibilidade de suporte medicamentoso principalmente no T1.

Tabela 8- Avaliação do acolhimento integral à luz do *QualityRights*. São Paulo, Brasil. 2020.

Tema <i>QualityRights</i>	Nível de realização	Evidências
2- O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental		
Padrão 2.1: O serviço está disponível para todos que necessitam de tratamento e apoio.	AP	-Baixo acesso de mulheres cisgênero (18,9%), pessoas transgênero (1,6%) no acolhimento integral dos CAPS AD III; -WHOQOL-BREF: Melhoria da dimensão meio ambiente que avaliou a disponibilidade e qualidade dos cuidados em saúde e sociais.
Padrão 2.3: O tratamento, a reabilitação psicossocial e articulações para redes de apoio são elementos de um projeto terapêutico orientado pelas necessidades do usuário e contribuem para sua capacidade de viver de forma independente na comunidade.	AT	- O cuidado no acolhimento integral é orientado pelas necessidades dos usuários e possui a reabilitação psicossocial como eixo de intervenção; -WHOQOL-BREF: Melhoria da qualidade de vida geral e da dimensão física que avaliou a capacidade para trabalho, mobilidade e atividades da vida cotidiana; -CDS: Redução da gravidade das consequências do uso de substâncias psicoativas em todas as dimensões; -Alcance do eixo renda da reabilitação psicossocial; -Redução dos dias de consumo de todas as substâncias, principalmente álcool, maconha e <i>crack</i> e aumento dos dias de abstinência.
Padrão 2.4: Medicamentos psicotrópicos estão disponíveis, são acessíveis e utilizados de modo apropriado.	AT	- Mais de 74% dos usuários acompanhados em todo o <i>follow-up</i> tinham acesso ao uso de medicamentos; - No acolhimento integral este número aumentou significativamente para 88%.
Padrão 2.5: Serviços adequados estão disponíveis para a saúde geral e reprodutiva.	AP	- A assistência da atenção primária em saúde foi referida por 25% dos participantes e não alterou no <i>follow-up</i> .

3- O direito a exercer a capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e segurança da pessoa

Padrão 3.1: As preferências dos usuários do serviço referentes ao lugar e à forma de tratamento são sempre uma prioridade.	AT	-CAPS AD III seguem os princípios da RD; -83,6% das altas do acolhimento integral foram planejadas com a equipe de acordo com o projeto terapêutico; -Comprometimento dos usuários nas atividades em grupo e nos atendimentos individuais com profissionais de referência; -CDS: Redução das consequências do uso de substâncias no domínio funcionalidade que avaliou a incapacidade para tomar decisões no dia a dia.
Padrão 3.2: Existem procedimentos e salvaguardas para prevenir a privação de liberdade e o tratamento sem o consentimento livre e informado.	AP	-Não identificamos assinatura de um consentimento livre e informado durante o acolhimento integral nos CAPS AD III; -O acordo para admissão e alta do acolhimento é voluntário; -O usuário participa na construção do seu projeto terapêutico.

5- O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade

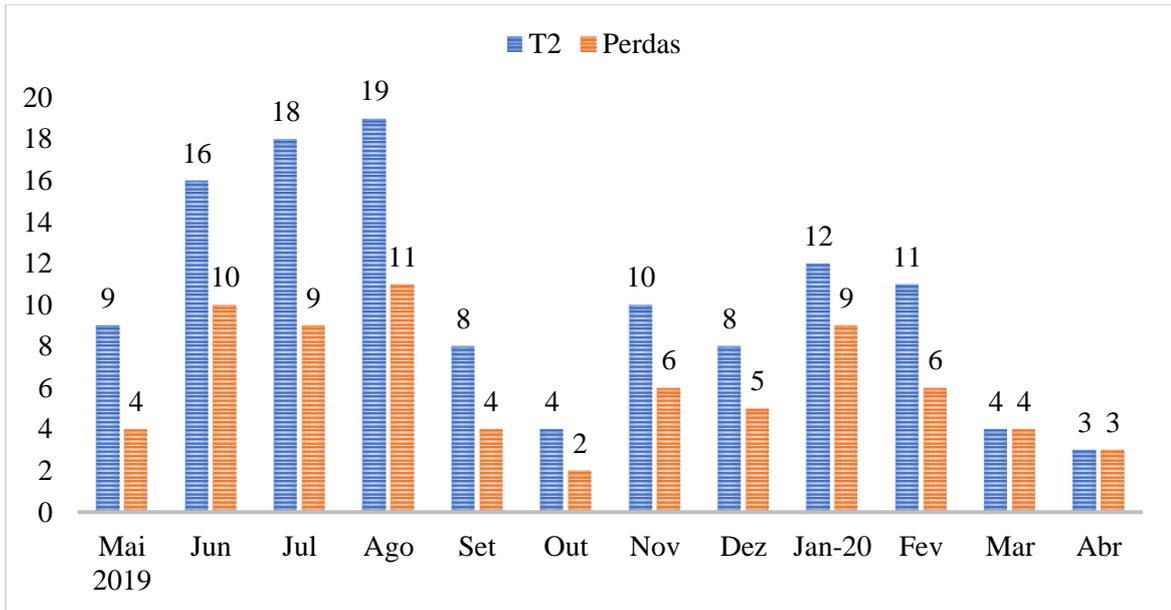
Padrão 5.1: Os usuários do serviço recebem apoio para ter acesso a um lugar para morar e dispor dos recursos financeiros necessários para viver na comunidade.	AP	-O acesso a renda foi possível por meio dos benefícios sociais; -WHOQOL-BREF: Melhoria da dimensão meio ambiente que avaliou recursos financeiros e ambiente do lar. -O eixo moradia não teve mudança significativa, mas muitos usuários passaram a dormir em centros de acolhida temporária.
Padrão 5.2: Os usuários do serviço podem ter acesso a oportunidades de educação e de trabalho.	AI	-Baixa escolaridade com 23,2% dos participantes com quatro anos de estudo; -O eixo trabalho não teve mudança significativa.
Padrão 5.4: Os usuários do serviço são apoiados para participar em atividades sociais, culturais, religiosas e de lazer.	AT	- WHOQOL-BREF: Melhoria na dimensão meio ambiente que avaliou as oportunidades de adquirir novas informações, habilidades e oportunidades de recreação/lazer; - Melhoria expressiva da dimensão psicológica que avaliou espiritualidade/religião/crenças pessoais; -CDS: Redução das consequências no domínio psicológico e familiar que avaliou isolamento e solidão.

AT- Alcançado Totalmente; AP – Alcançado Parcialmente; AI- Alcance iniciado; WHOQOL-BREF = Escala de qualidade de vida; CDS= Escala de Consequências da Dependência de Substâncias.

5.4 PERDAS AMOSTRAIS

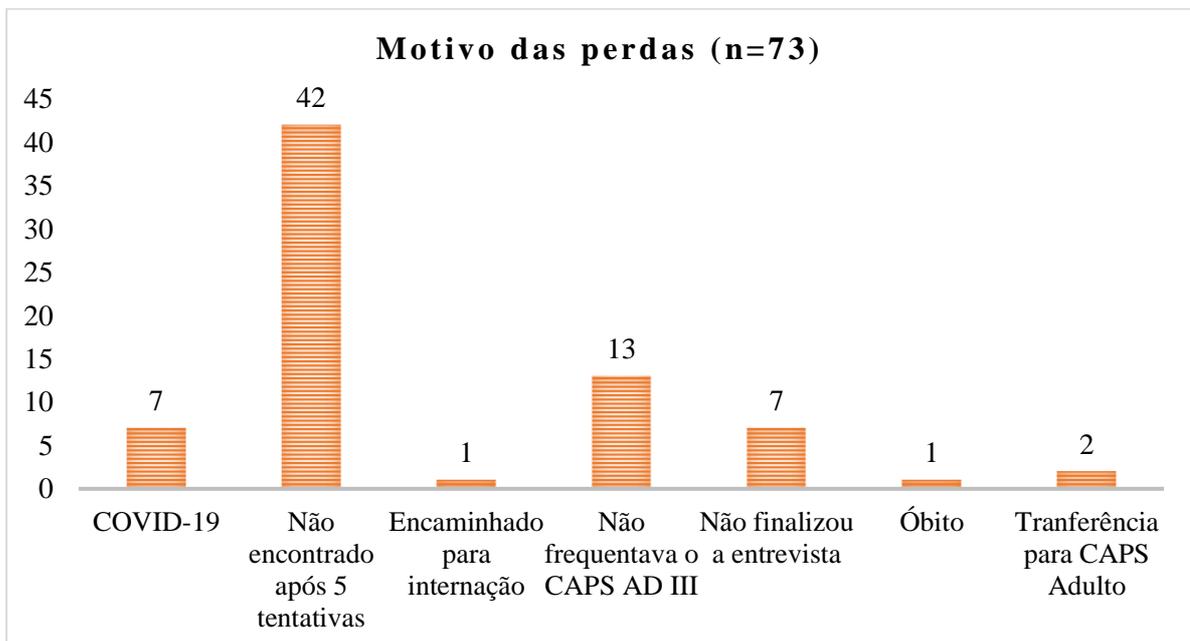
O gráfico da figura 6 mostra o número de pessoas previstas para as entrevistas do T2 (n=122) e as respectivas perdas amostrais (n=73). Assim como na figura 2, houve maior expressividade de perdas nos meses de dezembro e janeiro.

Figura 6 – Perdas amostrais no T2. São Paulo, Brasil, 2020.



As perdas dos meses de março e abril representam aquelas relacionadas à pandemia de COVID-19, que ocasionou a interrupção da pesquisa, e as demais razões estão expostas na figura 7. Vale destacar que o motivo de não finalização da entrevista esteve relacionado ao estar sob efeito de substâncias psicoativas (n=6) e apresentar síndrome de abstinência alcoólica grave (n=1).

Figura 7 – Razões das perdas amostrais. São Paulo, Brasil, 2020.



Por fim, analisamos na tabela 9 as diferenças entre quem concluiu e não concluiu o estudo. Os participantes que concluíram o estudo tinham escolaridade cerca de um ano menor, melhor rede de apoio, o dobro do tempo de tratamento no CAPS AD III, mais acolhimentos integrais anteriores, maior uso de álcool e cocaína aspirada nos últimos 30 dias e haviam frequentado grupos de autoajuda como alcoólicos e narcóticos anônimos antes de iniciar o tratamento no CAPS AD III. Entre os que não concluíram, a maioria (45%/55) não respondeu ao T1.

Tabela 9 – Diferenças entre quem concluiu e não concluiu o estudo. São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	Conclui o estudo (n=49)		Não conclui o estudo (n=73)		p
	Média	DP	Média	DP	
Idade	43,97	11,54	44,76	9,54	0,680
Anos de estudo	6,90	3,79	8,12	3,74	0,047 [†]
Rede de apoio	1,67	2,06	0,96	1,50	0,042
Tempo de tratamento	57,20	44,13	26,08	28,24	<0,001*
Acolhimento integral anterior	3,22	3,30	1,60	2,09	<0,001*
Tempo de uso de substâncias	24,76	11,99	24,95	11,80	0,931
Dias de abstinência	8,94	11,50	8,73	10,62	0,843
Dias de uso de álcool	23,80	9,54	18,78	12,10	0,023 [†]
Dias de uso de tabaco	22,84	12,15	22,07	11,82	0,625
Dias de uso de maconha	10,53	12,76	7,68	10,87	0,261
Dias de uso de cocaína aspirada	10,31	11,30	5,08	8,83	0,004 [†]
Dias de uso de crack	9,02	11,99	6,92	10,72	0,407
WHOQOL-BRE geral	2,31	0,96	2,41	1,15	0,855
CDS geral	43,82	7,35	41,44	8,35	0,109
Variáveis	Conclui o estudo (n=49)		Não conclui o estudo (n=73)		p
	n	%	n	%	
Moradia					0,585
Situação de rua	38	52,1	61	47,9	
Moradia estável	11	47,8	12	52,2	
Raça/Cor					0,828
Branca	11	34,4	21	65,6	
Preta	13	48,2	14	51,8	
Parda	24	40,7	35	59,3	
Estado civil					0,757
Com companheiro(a)	4	29,8	9	70,2	
Sem companheiro(a)	45	45,6	64	59,4	
Gênero					0,894
Homem	39	44,6	60	55,4	
Mulher	10	45,4	13	54,6	
Vínculo de trabalho					0,870
Não	35	42,7	47	57,3	
Renda					0,815
Não possui	11	37,9	18	62,1	
Até 3 salários-mínimos	38	43,3	55	56,7	

Comorbidades					
Físicas	17	37,8	28	62,2	0,682
Saúde mental	22	40,7	32	59,3	0,908
Tratamentos anteriores					
Outro CAPS AD	20	47,6	22	52,4	0,225
CAPS Adulto	7	46,7	8	53,3	0,585
Internação psiquiátrica	30	50,8	29	49,2	0,051
Comunidade terapêutica	21	42,9	28	57,1	0,621
Grupos de autoajuda	19	59,4	13	40,6	0,010 [†]
Modalidade de cuidado					
Atendimento individual	42	39,6	64	60,4	0,755
Atividade em grupo	34	46,6	39	53,4	0,079
Uso de medicações	35	38,5	56	61,5	0,513

DP= Desvio padrão; CAPS AD= Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III; CAPS Adulto= Centro de Atenção Psicossocial Adulto; WHOQOL-BREF= escala de qualidade de vida; CDS= escala de Consequências da Dependência de Substâncias; *p-valor <0,001; †p-valor ≤ 0,05.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL

Diante dos resultados desse estudo, podemos afirmar que o acolhimento integral nos CAPS AD III impactou positivamente na vida dos usuários, com melhora significativa pelo menos três meses após a admissão. Como resultado do acolhimento integral para essa população em uso problemático de AOD e vivendo em situação de vulnerabilidade social, as evidências mostram: a redução dos dias de uso de substâncias e consequente redução dos problemas associados; melhoria da qualidade de vida, sobretudo nas dimensões física e psicológica; contribuições para a reabilitação psicossocial; e garantia dos direitos fundamentais de usufruírem de padrões elevados de saúde e de viverem de forma independente e livre na comunidade. Nenhuma das dimensões avaliadas piorou ou não teve mudança.

Os indicadores selecionados inter-relacionam e respondem ao objetivo de avaliar o impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral nos CAPS AD III no tempo proposto. Com a avaliação à luz dos direitos humanos, ampliou-se a compreensão do fenômeno do uso problemático de AOD em todas as suas dimensões além de refletir de forma mais realista as influências do contexto social, econômico, político e ambiental. Desse modo, os indicadores serão discutidos em interface com os direitos humanos, pelo referencial QR.

Para discutir os achados, primeiramente, é preciso considerar os determinantes sociais da saúde dos participantes e os desafios que representam para melhorar os resultados com o acolhimento integral. Destaca-se as questões de gênero e as condições socioeconômicas.

O perfil de homens cisgênero, com baixa escolaridade, vivendo em situação de extrema vulnerabilidade, em uso diário de álcool combinado com outras substâncias ilícitas e apresentando problemas de saúde mental, é característico da região estudada, mas também de outras realidades brasileiras e internacionais entre as pessoas com problemas graves de uso de substâncias^(27,29,61). Essas procuram com frequência atendimento em serviços especializados, incluindo a resposta com o acolhimento noturno nos CAPS AD III^(19,24).

A demanda de mulheres e pessoas transgênero com problemas de uso de substâncias é conhecida nos territórios, mas pouco presente nos cenários de cuidado, o que limita o “direito do serviço estar disponível para todos que necessitam de tratamento e apoio”⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾. Esses grupos são considerados específicos para receber ações em AOD devido a invisibilidade e injustiça

social que sofrem nos contextos de consumo e de tratamento, como também, pelas políticas públicas^(51,72).

Neste sentido, no acolhimento integral do CAPS AD III, há necessidade de a equipe melhorar o planejamento e investir em intervenções singularizadas para essas pessoas na permanência 24h, pois além das camas não estarem disponíveis em número suficiente, raramente quartos exclusivos são destinados para as mulheres e/ou pessoas transgênero, o que resultou no baixo acesso desse público ao cuidado (menos de 20%) e a não conclusão do estudo (54,6%), situações já identificadas por outras pesquisas^(69,72).

Quanto às condições socioeconômicas, observamos que essas influenciaram grande parte dos resultados, sobretudo na manutenção dos impactos significativos a médio prazo (T2). Pessoas que usam drogas e que vivenciam a situação de rua, falta de trabalho, educação e recursos financeiros, buscam os serviços de saúde para demandas que vão além do consumo, como construir vínculos sociais, ter acesso a condições básicas de vida, conquistar autonomia⁽²⁹⁾. São demandas esperadas e geralmente abordadas por equipes de saúde de territórios vulneráveis, mas que ao mesmo tempo, necessitam de respostas intersetoriais mais efetivas por toda a rede de atenção⁽³⁰⁾.

A vulnerabilidade pode ser compreendida segundo Jonathan Mann (1994), a partir de três pontos de vista: o individual, o social e o programático. Do ponto de vista individual analisa-se as características socioeconômicas e biológicas, do social, a inserção das pessoas na sociedade e do programático, como se dão as políticas públicas, as respostas e o acesso à saúde diante das necessidades sociais de determinados grupos⁽⁷³⁾. Assim, podemos afirmar que na população estudada todas as vulnerabilidades estão habitualmente comprometidas, particularmente entre as mulheres, a população transgênero e os usuários de *crack*.

A região do estudo possui uma boa cobertura de serviços principalmente no papel dos Consultórios na Rua (CnaR) para atendimento da população em situação de rua⁽⁶¹⁾. No entanto, corroborando com outros autores, percebe-se ainda uma centralidade no acolhimento integral dos CAPS AD III como única resposta quando envolve o uso problemático de AOD, mesmo este sendo de caráter breve e transitório, o que acaba por gerar sobrecarga e dificuldade de trabalho em rede durante e após alta^(24,74).

Somente 25% dos participantes referiu acompanhamento em UBS ao mesmo tempo que o acolhimento integral apesar das comorbidades físicas acentuadas, o que sugere que grande parte é tratada e diagnosticada no próprio acolhimento, doenças como hipertensão, hepatites, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose. Ademais, se essas pessoas de risco foram

perdas ao longo da pesquisa tem-se a hipótese de que frequentavam menos o CAPS AD III após a alta e poderiam ter este suporte do CnaR no próprio território, melhorando o impacto na saúde geral dessa população e o alcance dos direitos.

Aparentemente, existe uma dificuldade para a construção de vínculo terapêutico entre as equipes dos CnaR e as pessoas que fazem uso de drogas, nomeadamente ilícitas, e por isso priorizam o encaminhamento para assistência nos CAPS AD⁽⁷⁵⁾. Retomamos então, a questão das práticas estigmatizantes e conseqüentemente excludentes como um grande problema no cuidado aos usuários de AOD. Como define Goffman⁽⁷⁶⁾, essas pessoas vivem na condição de desacreditadas, pois sua característica distinta de ter problemas com o uso de substâncias é conhecida ou imediatamente percebida pelas equipes e instituições de saúde, o que interfere nas possibilidades de cuidado. Quando não imediatamente reconhecido o problema, ainda pode-se afirmar que estas são desacreditáveis, porque essa carga de estigma já foi assumida pelos próprios sujeitos e o contexto de vida vulnerável que experienciam leva a construção social do que eles representam: violência, falta de motivação, manipulação. Por isso, é comum que busquem cuidado em espaços de assistência social ou específicos de saúde mental e AOD onde relatam serem acolhidos em suas necessidades⁽⁷⁷⁾.

Uma intervenção para apoiar os serviços que atendem pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade e fazem uso de substâncias, é o apoio de pares. Pessoas que já viveram ou ainda vivem experiências semelhantes podem apoiar seus pares na busca e acesso aos serviços de saúde e de suporte social para um acompanhamento contínuo e com melhores resultados. Esta abordagem é fortemente sugerida pela OMS como apoio ao alcance dos direitos humanos e para melhores resultados no tratamento dessa população^(78,79). Vem sendo amplamente aplicada e estudada em diferentes contextos com excelentes evidências sobre sua efetividade^(80,81).

Nota-se no geral uma boa vinculação dos usuários aos CAPS AD III em conjunto com a demanda de acompanhamento dessas pessoas a longo prazo, pois frequentavam os serviços a mais ou menos três anos participando das diferentes modalidades de cuidado e tendo apoio para o cuidado de situações de crise e outras de maior gravidade decorrentes do consumo, com o recurso do acolhimento integral. Evidência aponta que mais satisfação pelos cuidados, nesta população, como noutras, associa-se a mais engajamento com o tratamento⁽⁸²⁾.

No acolhimento avaliado, tanto as razões para a admissão em leito de redução do consumo, desintoxicação e vulnerabilidade social, como o tempo de permanência em média de sete dias e o tipo de alta planejada com a equipe em mais de 80% dos casos, é semelhante ao

encontrado em outros estudos^(19,23,24). Esses dados mostram que a participação dos usuários na escolha do tratamento é assegurada pelas equipes dos CAPS AD III, como avaliado pelo tema 3 do QR. Vale ressaltar, que ninguém acessou outros serviços para o cuidado em AOD durante a pesquisa, o que indica que os resultados obtidos são provenientes do modelo avaliado, contudo, podem ser derivados de variáveis não medidas pelo estudo.

A participação expressiva dos usuários nas atividades em grupo durante e após a alta do acolhimento integral, sugere que essa abordagem proposta pelos CAPS AD III vai de encontro com o interesse dos usuários. O aumento significativo dos atendimentos individuais e do uso de medicações após 14 dias do acolhimento integral (T1) é esperado, visto que os atendimentos diários e a prescrição médica são condicionantes para a admissão. Referente ao uso de medicamentos vale citar uma preocupação que vem sendo mencionada na literatura científica sobre o uso de psicofármacos como a principal estratégia terapêutica nos CAPS AD e ao mesmo tempo, constata-se a ausência de estratégias de RD para as drogas prescritas^(25,83), questão que deve ser avaliada de maneira mais aprofundada por estudos específicos.

6.2 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL NO USO DE SUBSTÂNCIAS

Relativamente ao impacto do acolhimento integral nos CAPS AD III, o indicador consumo de AOD e problemas associados teve mudanças mais significativas após 14 dias (T1) o que era esperado pela dinâmica de cuidado 24h, onde todos os acolhidos passam por desintoxicação e podem fazer uso somente de tabaco, o que explica também o aumento do consumo dessa substância durante e após o acolhimento, como já identificado por outro estudo⁽²³⁾. No T1, os dias de abstinência praticamente dobraram e os dias de consumo reduziram pela metade para o álcool, a maconha e o *crack*, diferente para a cocaína aspirada, que apesar da prevalência de consumo entre os participantes teve redução de um dia. Hipótese de que os usuários de cocaína permaneceram menos tempo em acolhimento integral. Após três meses (T2), o impacto manteve-se na redução dos dias de uso de maconha e *crack*, com dois dias a menos quando comparado ao *baseline*, chegando a sete e seis dias respectivamente de uso no mês. Já as pessoas que usavam álcool, após a alta, voltaram a consumir por cerca de 20 dias no mês.

Esses resultados coincidem com a prevalência do uso de drogas no nível global, nacional e regional. O álcool aparece como o maior problema entre os usuários, tanto para quem faz uso

exclusivo de álcool como combinado com outras substâncias, tendo esse consumo relação com a influência cultural, licitude e fácil acesso⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾. Quanto às substâncias ilícitas segundo o UNODC, mais de 300 milhões de pessoas ao redor do mundo consomem alguma substância ilícita com a maior prevalência para maconha (50,9%) e a menor para cocaína (5%)⁽⁸⁵⁾. No nível nacional o III Levantamento Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira (III LNUD), detectou prevalências de consumo e dependência, respectivamente, de 33,7% e 1,4% para o álcool, 2,5% e 0,6% para a maconha, 0,5% e 0,3% para a cocaína e 0,2% e 0,1% para o *crack*⁽⁸⁴⁾. A pesquisa com as pessoas em situação de rua do município de São Paulo, que é mais representativa dos participantes desse estudo, identificou consumo de 56,1% de álcool, 28,9% de maconha, 22,3% de cocaína e 18,9% de *crack*⁽⁸⁶⁾.

Com relação aos resultados dos tratamentos para o uso de AOD, uma revisão sistemática que avaliou a eficácia de tratamentos comunitários assertivos, modelo de atenção equivalente aos CAPS AD III, encontrou que a maioria dos estudos relata redução do consumo de todas as substâncias entre um e 12 meses, sobretudo, para aqueles usuários mais vinculados com o tratamento, porém com redução significativa para as substâncias ilícitas e menor mudança no consumo de álcool, resultado que não teve diferença entre usuários que viviam em situação de vulnerabilidade social⁽⁸⁷⁾, assim como encontrado neste estudo no T2. Limitações sobre a dificuldade de padronização desta medida impedem a comparação específica de dias de consumo.

Outra revisão que avaliou o efeito de intervenções psicossociais no uso problemático de maconha, evidenciou também que a curto prazo a taxa de abstinência foi baixa, mas a frequência do uso e a gravidade das consequências relacionadas reduziram de maneira significativa e duradoura em todos os estudos analisados⁽⁸⁸⁾.

Sobre o uso de *crack*, a maior parte dos estudos que abordam essa temática são nacionais e não apresentam claramente os dias de uso. No geral, focam nas consequências negativas deste consumo para a saúde dos usuários. Uma coorte que acompanhou 131 usuários de *crack* por 12 anos após alta hospitalar, verificou a manutenção do consumo por 16,8% da amostra associado ao uso de cocaína aspirada, sugerindo importante redução na prevalência de uso após acesso a desintoxicação⁽⁸⁹⁾. Outro estudo evidenciou que o uso de *crack* geralmente é feito em *binge*, ou seja, por dias seguidos de consumo intenso média de 13 a 20 pedras por dia, o que leva a interrupção do uso pelo desgaste físico e insuficiência financeira. Identificou ainda, pessoas em uso esporádico e controlado que mantinham o consumo, ao mesmo tempo que os outros aspectos da vida⁽⁹⁰⁾. Esses dados sugerem que a média de oito dias de uso de *crack* no mês

identificada nesta pesquisa, pode ser de uso em *binge*, o que pode ter contribuído na demanda pelo acolhimento integral.

Face a esses dados, podemos afirmar que o perfil dos participantes acolhidos integralmente nos CAPS AD III condiz com as singularidades da população, porém, não é possível classificar o nível da gravidade dos casos apenas da perspectiva do tipo de substância consumida. Ademais, resultados sobre a redução do uso de AOD não predizem melhora ou resultados positivos de um tratamento e, portanto, medidas adicionais sobre as consequências negativas do uso problemático de substâncias e seus impactos na vida das pessoas devem ser abordadas^(26,28,87,90).

6.3 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL NAS CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO E NA QUALIDADE DE VIDA

Conduziu-se essa avaliação por meio das escalas CDS e WHOQOL-BREF. Vale esclarecer que apesar de ambos os instrumentos se organizarem em domínios semelhantes, os itens avaliados diferem entre si, assim como o construto a ser medido por cada escala.

A avaliação pela escala CDS no *follow-up* mostrou uma redução significativa na gravidade das consequências relacionadas ao uso de substâncias apresentadas pelos participantes no momento do acolhimento integral (T0), ao mesmo tempo, que a qualidade de vida medida pela escala WHOQOL-BREF aumentou, alcançando médias excelentes, relação já confirmada por outros estudos^(91,92) inclusive entre usuários de CAPS AD⁽⁹³⁾. No geral, observa-se expressiva melhora no T1 para os problemas de saúde física e de autocuidado e no T2 para os problemas psicológicos o que sugere boas respostas das equipes dos CAPS AD III para as diferentes dimensões afetadas pelo uso de AOD, dentro das limitações do modelo assistencial.

Após 14 dias, todas as dimensões avaliadas pela escala CDS melhoraram significativamente e apenas o domínio das relações sociais da qualidade de vida não foi suficientemente afetado. Esses resultados podem estar relacionados ao caráter protetivo das camas que garante descanso, alimentação, higiene e recuperação física para os usuários além das outras atividades do CAPS AD III, como também, pelas boas respostas da equipe para as necessidades dos usuários com destaque para a presença da equipe de enfermagem 24h no serviço⁽¹⁹⁾. Além disso, vale destacar o aumento da participação dos usuários nos atendimentos individuais, nos grupos terapêuticos e o acesso a medicações. Um dos CAPS AD III do estudo

propunha um grupo semanal específico para os usuários em acolhimento integral com o objetivo de discutir e acolher as suas demandas.

O estar em um local protegido como a cama do CAPS AD III pode ter contribuído para a melhora da qualidade do sono e repouso, recuperação da energia, redução de desconfortos, aumento da capacidade para o trabalho, segurança física e melhora do ambiente físico, mensurados pelos domínios físico e meio ambiente da escala WHOQOL-BREF. O contato com uma equipe 24h disponível para promover a assistência necessária, bem como, compartilhar o espaço com outras pessoas em condições semelhantes, pode ter reduzido a gravidade de consequências como tristeza, isolamento e ansiedade, melhora da função cognitiva, memória e tomada de decisão, mensurados pelos domínios 1 e 2 da escala CDS. Com relação ao autocuidado, este pode ter sido afetado pela redução do uso de AOD em conjunto com os cuidados de enfermagem, que podem ter melhorado a motivação para o tratamento e despertado maior preocupação com a saúde, associado a sentimentos positivos, melhora da imagem e autoestima medidos pelo domínio psicológico da escala WHOQOL-BREF.

A “pausa” que ocorre com o acolhimento integral, para além do cuidado pontual as situações de crise e outras de maior gravidade, pode ser considerada por si só um ato clínico, uma estratégia que abre condições para a troca, a fala e a retomada de antigas e novas possibilidades⁽⁹⁴⁾. No acolhimento, a equipe de enfermagem possui total responsabilidade e por isso, geralmente dá os direcionamentos de como o cuidado integral será conduzido. Esta equipe está presente em todos os turnos de funcionamento do CAPS AD III e tem papel fundamental em qualificar o cuidado noturno e para isso, possui diferentes habilidades e conhecimentos para reduzir danos e maximizar o bem-estar das pessoas que permanecem acolhidas, o que se dá sobretudo nas relações terapêuticas⁽²⁰⁾.

Com esses resultados foi possível afirmar o impacto do acolhimento integral nos indicadores qualidade de vida, uso de substâncias e problemas relacionados, garantiu na totalidade o direito dos usuários em usufruírem de padrões elevados de saúde física e mental, em 50% dos padrões avaliados pelo tema 2 do QR.

Quanto aos aspectos econômicos, laborais e as relações sociais, estes foram os mais graves em termos de consequências negativas decorrentes do uso de AOD e de menor qualidade de vida, com o menor impacto no *follow-up*. A mudança significativa identificada no T1 pela escala CDS pode estar relacionada à possibilidade do retorno à escola e trabalho enquanto em acolhimento integral, situação vivenciada em ambos os CAPS AD III. Já as relações

interpessoais e os apoios sociais avaliados pela escala WHOQOL-BREF, não apresentaram mudanças.

No T2, após três meses da admissão no acolhimento integral, a redução na gravidade das consequências relacionadas ao uso de AOD não se manteve, mas melhoras foram identificadas em comparação ao *baseline*. Outros estudos identificaram que após a alta do acolhimento integral, usuários que vivem em condição de vulnerabilidade social frequentemente retornam para o mesmo contexto, ou para a situação de rua ou para centros de acolhida temporária, como no caso desse estudo^(19,30). O que ocorre é que a melhora alcançada com o cuidado 24h dos CAPS AD III dificilmente é sustentada quando os indivíduos seguem depois deste período com acesso reduzido às necessidades básicas de saúde e condições básicas de vida⁽²⁴⁾. Estes fatores podem relacionar-se também à dificuldade de retenção dos participantes na pesquisa.

Um estudo que utilizou a escala CDS para avaliar a gravidade das consequências em usuários em tratamento para AOD em um serviço comunitário e especializado de Portugal que oferece tratamento de substituição de metadona, mas não prevê acolhimento noturno, encontrou resultados diferentes para uma população que não se encontra em vulnerabilidade social. A maior gravidade foi referida no domínio 1 psicológico e familiar e somente a manutenção do trabalho mensurada no domínio 4 foi identificada como grave, em comparação com os demais itens da escala⁽⁹⁵⁾. Esses dados evidenciam novamente a problemática das questões sociais dos usuários em tratamento nos CAPS AD III deste estudo,

No que se refere a escala WHOQOL-BREF, evidenciamos uma manutenção dos impactos positivos nos domínios psicológico e meio ambiente no T2 apesar da interferência dos determinantes sociais de saúde da população estudada. Os aspectos psicológicos já foram destaque em outras avaliações de CAPS AD que afirmam ser uma característica desses serviços o apoio ao manejo dos afetos e sentimentos, com impacto na autoestima e autovalorização dos usuários^(96,97).

Um estudo multicêntrico australiano que avaliou os resultados do tratamento em serviços comunitários para pessoas que usam drogas, mas que não estavam em situação de rua, incluindo a qualidade de vida pela escala WHOQOL-BREF, encontrou resultados diferentes no *baseline* e no *follow-up* com mudanças nos domínios relações sociais e meio ambiente, e piora nos domínios físico e psicológico, após 12 meses⁽²⁶⁾. Outro estudo brasileiro realizado em um contexto de 30 dias de internação para usuários de *crack*, encontrou no *baseline* os piores

escores para o domínio físico e psicológico, mas com significância semelhante para todos os domínios no pós tratamento⁽⁹⁸⁾.

No entanto, um estudo que avaliou, com outro instrumento, a qualidade de vida da população em situação de rua que usava drogas, no *baseline* e após 12 meses, identificou pior escore nas relações familiares e no desemprego, com elevadas taxas de procura dessas pessoas pelos serviços comunitários, cerca de seis vezes no mês⁽⁹²⁾, o que indica que a situação de rua pode alterar os resultados referentes a qualidade de vida e corrobora com os achados deste estudo e vão de encontro com os desafios para a reabilitação psicossocial dos participantes.

6.4 IMPACTO DO ACOLHIMENTO INTEGRAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Ao avaliar o impacto do acolhimento integral no alcance dos eixos da reabilitação psicossocial, identificamos mudança significativa apenas no eixo renda no T2. Este resultado era relativamente esperado, pois atuar nos problemas de trabalho, moradia e rede de apoio demanda tempo e recursos que vão além das funções do acolhimento nos CAPS AD III, no entanto, o cuidado 24h deve apoiar o desenvolvimento de ações para mudanças positivas nesses eixos. Os próprios usuários dos serviços de saúde mental e AOD reconhecem a reabilitação psicossocial como um objetivo do tratamento, mas também reconhecem a necessidade de outros dispositivos da rede para atingi-lo⁽³⁴⁾.

Corroborando com outro estudo, reafirmamos que a implantação de estratégias de reabilitação psicossocial e inclusão social das pessoas que usam drogas na comunidade é um desafio estrutural, político e cultural para os CAPS AD. Percebe-se que os impasses do estigma social, da escassez de oportunidades de trabalho e geração de renda para essa população, do distanciamento da família no processo de tratamento e também, do financiamento insuficiente para que esses serviços possam desenvolver ações frente a esta questão, reforçam a gravidade das consequências do uso de AOD e impedem a materialização de direitos, como observado na avaliação do tema 5 do QR⁽⁴⁷⁾.

O acesso a renda pelos participantes deste estudo se deu basicamente pelos benefícios sociais articulados pelas equipes dos CAPS AD III, o que apesar de não ser decorrente de atividade laboral ou ter melhorado as condições de moradia, é um eixo que quando alcançado no T2 minimamente pode ter garantido recursos financeiros para as necessidades básicas como

acesso a alimentação, meios de transporte, momentos de lazer, dentre outras, e pode ter refletido ainda na manutenção de uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao eixo do trabalho, este é recorrentemente relatado por outros autores como um dos pontos mais difíceis de mudança na vida de pessoas que usam drogas, pois somado aos impasses supracitados ainda se depara com desafios pelo baixo nível de escolaridade e falta de profissionalização dos usuários⁽⁹⁷⁾ e não teve impacto positivo, mesmo após três meses do acolhimento integral.

No decorrer do *follow-up*, acompanhamos pessoas que, enquanto em acolhimento integral, apoiadas pelas equipes dos CAPS AD III, inseriram-se no Programa Operação Trabalho (POT) população de rua. Este programa foi instituído no município de São Paulo pela lei 13.178/2001 e tem por objetivo “promover a inclusão social de pessoas em situação de rua por meio da inserção educacional e produtiva e da geração de renda, bem como contribuir com o aumento da autonomia e da autoestima destas pessoas”. Neste sentido, possibilita a capacitação e o trabalho assalariado em diferentes frentes públicas, sendo uma ação considerada de grande valia para os usuários desses serviços, mas infelizmente é restrito a cerca de 0,5% da população que encontra-se nessa situação⁽⁹⁹⁾.

Outra possibilidade que identificamos para que o acolhimento integral nos CAPS AD III atue de forma mais efetiva no eixo trabalho é a aproximação dos usuários à educação e profissionalização buscando articulações com projetos de educação no território, como já descrito por outro estudo⁽⁴⁷⁾, além do apoio que já concede com o retorno e manutenção das atividades externas de trabalho e/ou de educação durante o acolhimento integral.

Quando à rede de apoio, os resultados demonstraram que apesar do aumento significativo no número de pessoas com quem vive, não representa impacto positivo na reabilitação psicossocial, pois quando pensamos em rede de apoio pensamos em relações significativas construídas entre as pessoas que usam drogas e a família, colegas e até profissionais do CAPS que desempenhem funções de apoio emocional e companhia social, a qual precisa ser fortalecida para potencializar o cuidado⁽¹⁰⁰⁾. Este desfecho aparece também no domínio 3 da escala WHOQOL-BREF, relações sociais, que não apresentou diferença significativa no T1, apesar da melhoria.

A falta de rede de apoio, vínculos afetivos e familiares, associado ao consumo de substâncias, é um dos principais motivos para as pessoas irem para as ruas e um fator muito relevante para as vulnerabilidades individual e social⁽⁷⁰⁾. As relações sociais de pessoas com problemas decorrentes do uso de AOD são restritas e normalmente transitam entre um fator

para a vulnerabilidade ou para a proteção. Observa-se vínculos familiares frágeis e quando o indivíduo busca o tratamento, acaba por desconsiderar um possível apoio da família diante de toda a história com o uso de drogas, além disso, muitas vezes opta por também romper com as relações que mantinha nos contextos de consumo como um fator de proteção e por isso, frequentemente identifica-se como alguém sem nenhuma rede de apoio⁽⁵³⁾, o que corrobora com os resultados desse estudo. Porém, ao longo do *follow-up* identificamos uma proximidade do contato e um estreitamento da relação entre os usuários acolhidos nos CAPS AD III com os profissionais do serviço, especialmente a equipe de enfermagem e o profissional de referência, os quais acabam por compor a rede de apoio desses indivíduos, como já evidenciado por outras avaliações⁽⁴⁷⁾, o que pode favorecer a reabilitação psicossocial.

Como bem pontuado por Olievenstein (1977), a relação entre os profissionais e os usuários de substâncias deve ser baseada em “afetos densos” e “desarticulação do diagnóstico”, pois aquele que procura um tratamento “deve fazê-lo integralmente num ato de ser inteiro” para que quem cuida possa também “estar integralmente presente”⁽¹⁰¹⁾.

Quanto à situação de rua, podemos afirmar que este grupo é visível pelos CAPS AD III estudados, visto que é uma demanda frequente no território de referência dos serviços. Validamos as hipóteses de outros autores de que a necessidade de moradia tem crescido entre os usuários dos CAPS AD III e que as pessoas em situação de rua precisam e solicitam mais o suporte do acolhimento integral, o que reflete no uso das camas para suprir demandas de outras respostas de moradia inexistentes para a população em situação de rua que faz uso de substâncias^(19,23,61). Este eixo aparentemente não teve significância devido ao grande volume de encaminhamentos para os centros de acolhida temporária, no entanto, demonstra a articulação constante do serviço com as respostas de apoio social o que mudou a condição do viver nas ruas. A principal dificuldade é a disponibilidade de locais específicos e estruturados na região⁽⁶¹⁾. Um estudo identificou que para essa população, as opções para encaminhamentos geralmente são: centros de acolhida transitória, comunidades terapêuticas e as Unidades de Acolhimento (UA) dos CAPS AD III⁽¹⁰²⁾, resultados semelhantes ao desta pesquisa exceto pelo encaminhamento para as comunidades terapêuticas, por não ser considerada uma opção de moradia.

Ressaltamos que pelo referencial da reabilitação psicossocial, este eixo corresponde ao habitar, um conceito que vai muito além da moradia como lugar físico, porém, diante do perfil da população do estudo entendemos como primordial a avaliação inicial sobre o acesso a um local digno para estar e poder habitar. As UA vinculadas aos CAPS AD III possuem cada uma

de oito a 10 vagas por um período máximo de seis meses sendo serviços residenciais transitórios, ou seja, possuem acesso restrito, equipe de saúde 24h e diretrizes específicas de permanência, o que exige dos indivíduos que ali estão rápidas alternativas. Por outro lado, são consideradas como locais que possibilitam trocas, cuidado em liberdade, redução do uso de substâncias e por vezes a saída efetiva das ruas⁽¹⁰³⁾.

Acebal e colaboradores (2020) afirmam que “a fragilidade do habitar compromete a efetivação da reabilitação psicossocial no tripé: trabalho, rede de apoio e moradia”, pois afeta diretamente a autonomia, a inserção social e a cidadania⁽¹⁰⁴⁾. Uma das respostas mais inovadoras e efetivas reconhecida internacionalmente para as pessoas em situação de rua em uso problemático de AOD, que corresponde ao conceito de habitar é o programa *Housing First*. É uma estratégia baseada na RD que parte do princípio que a moradia é um direito fundamental e não exige abstinência ou tratamento para a questão do consumo. Proporciona moradia digna e individual, se necessário permanente, respeitando a escolha individual de cada indivíduo. Atende aos objetivos de reduzir internações, cuidados a situações de urgência e emergência e sobretudo, reduz as pessoas vivendo em situação de rua, como também, garante mudança de lugar social. Atua nos aspectos de prevenção, intervenção e acompanhamento, indo muito além de apenas disponibilizar moradia a quem necessita^(105,106).

Os participantes que permaneceram na coorte no T2 e que, aparentemente, seguiram um projeto terapêutico mais intensivo de tratamento nos CAPS AD III estavam em sua maioria em situação de rua (77,5%), desempregados (71,4%) e sem rede de apoio efetiva, o que indica quanto mais reabilitados psicossocialmente, menos necessitam do cuidado especializado para o uso problemático de substâncias. Esses eixos são resultados importantes para os serviços de saúde mental e de AOD, pois indicam *recovery*⁽¹⁰⁷⁾.

Pessoas que usam drogas e vivem em situação de rua consideram o tratamento eficaz quando o serviço proporciona um ambiente facilitador, que valoriza a singularidade do tempo, das escolhas e oportunidades para projetos de vida e, principalmente, quando promove intervenções duradouras e estáveis que aumentam as probabilidades de resultados positivos. Na maior parte das vezes, esses resultados estão associados a cuidados baseados na RD pela perspectiva de apoio social fundamental para a manutenção da vida coletiva^(27,108). Dentre os usuários que acessam os CAPS AD os efeitos da RD no processo terapêutico são vivenciados como estratégias que contribuem para a inserção social, uso mais seguro de substâncias, empoderamento e reflexões sobre o próprio consumo e autorregulação⁽²⁵⁾, ou seja, para a redução das vulnerabilidades⁽⁵³⁾.

O CAPS AD é um modelo de cuidado direcionado pelos princípios da RD, evidência que sustentou o alcance dos direitos dos usuários descritos no tema 2 e no tema 3 da avaliação pelo QR. Trabalhar com RD não se refere apenas à ampliação das possibilidades de cuidado pelos serviços, mas à garantia de escolha e decisão pelos usuários, respeitando os limites de cada um e estimulando para a cidadania⁽¹⁰⁹⁾. Práticas de RD estão previstas nas diretrizes para políticas públicas em álcool e outras drogas da ONU como uma das obrigações para a garantia do direito do mais alto padrão de saúde possível dos usuários de substâncias, incluindo o acesso voluntário a serviços e a informações sobre RD e uso de drogas, como uma prática comprovadamente eficaz para a garantia dos direitos dessa população⁽⁵¹⁾. Ações de RD durante o acolhimento integral que realmente respondam a todas as necessidades dos usuários, podem ultrapassar os limites deste recurso e até mesmo do campo da saúde, no entanto, devem ser apoiadas e fortalecidas pelos CAPS AD III na RAPS.

Como fragilidade para o alcance total dos direitos avaliados pelos padrões do QR, identificamos a ausência de um consentimento informado específico para o período do acolhimento integral (tema 3) e como principal desafio, já evidenciado por outras pesquisas utilizando esse referencial^(57,110), a garantia do direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (tema 5), correspondente aos eixos da reabilitação psicossocial já discutidos anteriormente.

O estudo de Pitta e colaboradores (2015) realizado em CAPS Adulto, considerou na avaliação do QR o padrão 3.2 como atendido parcialmente, pois como o consentimento do acolhimento é assinado na elaboração do projeto terapêutico pelo usuário e profissional de referência, entende-se que garante o direito de participação do sujeito no tratamento e a corresponsabilidade do profissional na escolha das abordagens terapêuticas. Ainda assim, identificamos a necessidade de um consentimento específico que previna a privação do direito do usuário no acolhimento integral, como por exemplo, o direito em participar da decisão sobre o tempo de permanência, bem como, em ter alta antes do tempo previsto, garantindo o direito total à liberdade e capacidade de tomar decisões sobre o seu cuidado, visto que na clínica de AOD além de todas as questões inerentes e comuns a saúde mental preocupa a criminalização dos usuários⁽⁵¹⁾.

6.5 PERDAS AMOSTRAIS

Os resultados referentes às perdas amostrais indicam dois aspectos: questões intrínsecas ao processo de pesquisa e questões relacionadas às características da população estudada⁽¹¹¹⁾.

Assim como já identificado por outros estudos, as admissões no acolhimento integral dos CAPS AD III são sazonais, variam a depender do mês e dos acontecimentos que marcam determinado período. A média de admissões para cada um dos CAPS AD III avaliados por esse estudo foi de 11 casos novos por mês, em outros estudos variou de 10 a 13 admissões por mês sendo os meses de fevereiro e dezembro, assim como observado neste estudo, marcados por uma redução no número de acolhimentos integrais, bem como, do tempo de permanência^(19,23).

O tempo reduzido no acolhimento pode ter interferido nas perdas amostrais do T1. A média de sete dias de permanência dos usuários nas camas, em alguns casos, dificultou a realização da entrevista após a alta dentro do tempo limite estabelecido de 14 dias devido a necessidade de busca ativa por não comparecimento. Ademais, algumas perdas, estiveram relacionadas com a impossibilidade de os pesquisadores conduzirem as entrevistas agendadas para o 14º dia após a admissão, visto que era o momento da alta e os participantes frequentemente estavam em atendimentos individuais ou em articulações externas para a saída planejada, por isso, este tempo foi flexibilizado. Apesar das perdas no T1 não caracterizarem exclusão, importa reconhecer as maiores chances de sucesso na conclusão do acompanhamento para aqueles que foram entrevistados nessa etapa do *follow-up*, assim como ocorre em outros estudos longitudinais^(26,112).

Dentre os participantes que não concluíram o estudo no T2 e foram excluídos da coorte, temos pessoas de risco com relação a presença de comorbidades físicas e mentais que deveriam estar em acompanhamento por serviços de saúde. No caso dos problemas de saúde mental tivemos um número de casos que após o acolhimento integral foram encaminhados para cuidados específicos em CAPS Adulto, já para as questões de saúde física não temos dados para afirmar algum acompanhamento na rede de atenção.

Quanto às variáveis significativas associadas à conclusão do estudo, evidenciamos que os participantes que apresentavam maiores problemas relacionados ao consumo (mais pontos na escala CDS) e que, aparentemente, encontraram nos CAPS AD III uma ligação de difícil rompimento frente às suas necessidades, tiveram maior participação na pesquisa. Isso porque, provavelmente, foram mais facilmente encontrados devido a frequência de comparecimento nos serviços. Esta afirmação é sustentada no fato de que quem conclui o estudo estava o dobro

de meses em tratamento nos CAPS AD III e teve mais admissões anteriores no acolhimento integral, representando a necessidade de suporte intensivo dos serviços, além de outras tentativas de tratamento para os problemas decorrentes do uso de AOD em grupos de autoajuda. Quanto ao perfil desses usuários, os resultados apontam para pessoas com menor tempo de escolaridade e em uso problemático de álcool e cocaína. A rede de apoio apesar da significância, foi de uma pessoa para contar em momentos de dificuldade, hipótese de que esta pessoa relatada seja um profissional dos CAPS AD III.

Resultados semelhantes foram encontrados por outro estudo que comparou resultados após 12 meses de tratamento para o uso de álcool e identificou uma relação com o cuidado intensivo que esses usuários costumam acessar. Quem finalizou o acompanhamento no *follow-up* teve maior envolvimento com o grupo de alcoólicos anônimos, mais frequência de uso de álcool e problemas relacionados. Além disso, em uma comparação quanto aos modelos de cuidado aqueles acompanhados por tratamentos ambulatoriais ou comunitários foram de longa duração⁽¹¹²⁾.

Uma revisão sistemática e meta-análise que buscou avaliar estratégias de retenção amostral efetivas, ou não, em estudos de coorte dos últimos 10 anos, identificou ao todo 95 diferentes estratégias classificadas em: (1) redução das barreiras (pagamentos, oferecer cuidado as crianças, garantir estacionamento e transporte, envolver uma sub amostra de participantes para avaliar o método de coleta de dados para as próximas etapas); (2) estratégias com a comunidade (criar uma marca do estudo, produzir uniformes para a equipe de pesquisa e materiais de divulgação, compartilhar resultados preliminares do estudo com os participantes via redes sociais); e (3) estratégias de acompanhamento/lembrete (ligações telefônicas, SMS, e-mail, visitas domiciliares, coleta de dados pessoais detalhados no baseline sobre contatos, localização, etc). A média de estratégias utilizadas em cada estudo de coorte foi de seis, semelhante ao aplicado nesta pesquisa, contudo, o número de estratégias não apresentou relação direta com a retenção amostral⁽¹¹¹⁾.

Estudos que utilizaram estratégias de redução das barreiras, tiveram uma retenção amostral de 10% a mais que a média, enquanto estudos que utilizaram estratégias de acompanhamento/lembrete tiveram retenção de 10% a menos que a média, ou seja, mais perdas amostrais. As estratégias de retenção amostral mais efetivas foram os incentivos financeiros, pagamentos para cada etapa do *follow-up* concluída, seguido de lembretes via e-mail, SMS e redes sociais e por fim, alternativas para realização da entrevista via telefone ou outro recurso digital (um estudo forneceu telefones celulares aos participantes durante a pesquisa⁽¹¹³⁾). Os

estudos de coorte com melhores retenções amostrais foram realizados em países desenvolvidos, com populações estáveis em termos de condições de vida, sobretudo mulheres, e obtiveram média de 73,5% de retenções. Vale destacar que não foram encontradas diferenças entre tamanho da amostra, idade dos participantes, número e intervalo de seguimento, tempo e tipo do estudo (controlado ou não controlado) com a retenção amostral⁽¹¹¹⁾.

Resultados semelhantes foram encontrados por outros estudos^(114,115), mas diante das especificidades dos participantes e dos contextos das pesquisas, faz-se necessário destacar as diferenças. Um estudo que acompanhou mulheres que viviam em situação de rua e faziam uso de AOD, identificou que estratégias diretas de contato como de localização/acompanhamento/lembrete contribuíram para a retenção amostral de pessoas que estavam mais estáveis durante a pesquisa (cerca de 30%), mas no geral para esse perfil, estratégias de campo como as buscas ativas diárias, permanência das equipes de pesquisa em locais que facilitassem encontros aleatórios foram mais efetivas⁽¹¹⁴⁾.

No geral, participantes mais jovens, em situação de rua e em uso diário de substâncias, têm menos probabilidade de concluir o acompanhamento em estudos de coorte e por isso, estratégias amplas, específicas, simultâneas e dinâmicas para esse contexto devem ser aplicadas⁽¹¹⁴⁻¹¹⁶⁾.

Nessa pesquisa as estratégias de retenção amostral foram se modificando ao longo do seguimento, bem como, investiu-se os limitados recursos financeiros e humanos na busca ativa dos participantes. Aparentemente, a coleta de dados minuciosa de um formulário específico de localização no *baseline* não foi totalmente eficaz, devido às características da população e a impossibilidade de os pesquisadores estarem no território desacompanhados das equipes dos CAPS AD III.

Não é possível afirmar a relação entre as perdas amostrais e a manutenção do tratamento nos CAPS AD III, no entanto, estudos apontam para taxas de 30% de interrupção do cuidado em serviços psicossociais para AOD com maior prevalência para as pessoas em situação de rua em uso problemático de cocaína e derivados, enquanto usuários de álcool tendem a ter taxas de interrupção mais baixas⁽¹¹⁶⁾, além disso, tratamentos baseados na RD com valorização das relações terapêuticas pautadas na confiança que garantam a segurança e os direitos dos usuários do serviço, têm menores taxas de abandono e maior aceitação as intervenções propostas⁽¹¹⁵⁾.

Esses dados se assemelham às diferenças encontradas nesse estudo para quem concluiu ou não o *follow-up* e reforçam a necessidade de os CAPS AD III desde o acolhimento integral,

até as outras modalidades de cuidado, reforçar as estratégias de RD, o apoio de pares e as ações conjuntas com a atenção primária que podem contribuir para a maior retenção amostral.

7 LIMITAÇÕES, RECOMENDAÇÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo foi a perda amostral em taxas acima do esperado que podem ter interferido na significância de alguns resultados, mas que ao mesmo tempo reflete os desafios de operacionalização do modelo de cuidado do acolhimento integral e a continuidade das ações e a manutenção do impacto após a alta, no contexto estudado. Ademais, a raridade do modelo do acolhimento noturno no panorama internacional dificultou a comparação dos achados e a inclusão de outros indicadores avaliativos.

Outra limitação foi o pouco envolvimento dos usuários dos CAPS AD III no processo avaliativo, desde a escolha dos indicadores de avaliação até o compartilhamento de diferentes estratégias para a coleta de dados.

Quanto aos indicadores avaliados, uma limitação foi a ausência de instrumento de medida para a reabilitação psicossocial, o que limitou a coleta de dados objetivos sobre o acesso aos eixos. Na avaliação pelo QR, a impossibilidade de resposta para todos os padrões dos temas limitou uma avaliação mais ampla sobre a proteção dos direitos humanos dos usuários acolhidos integralmente nos CAPS AD III.

Por fim, ressalta-se a impossibilidade de generalização dos dados visto que correspondem a dois serviços de uma região específica de São Paulo, Brasil.

7.1 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Sugerimos a replicação de estudos de seguimento sobre o acolhimento integral em outros CAPS AD III, com a adição de outros indicadores, análises inferenciais e dados qualitativos para contribuir com resultados sobre esse modelo e fortalecer avaliações permanentes. Amostras maiores e grupo de comparação podem ser relevantes, assim como entrevistas em profundidade. O uso de informações dos prontuários dos participantes como possível resposta aos tempos do *follow-up*, é um recurso adicional válido para essa população.

Recomendamos a checagem cruzada dos indicadores de avaliação de impacto com outros grupos como os profissionais e gestores dos serviços, por exemplo, por meio da formação de grupos de avaliação/discussão do processo do avaliativo. Essa estratégia pode

aprimorar a pesquisa e tornar as equipes sujeitos ativos e não apoio da avaliação em contextos de difícil acesso.

Lacunas de pesquisas sobre as especificidades do acolhimento integral nos contextos dos CAPS AD III foram identificadas com relação ao gênero, tipo de substância utilizada, reabilitação psicossocial e avaliações pelo referencial do QR. Cabe também, um olhar para estratégias e ações de RD efetivas no acolhimento integral, sobretudo pela equipe de enfermagem.

7.2 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

As implicações práticas desta pesquisa concentram-se na afirmação feita por representantes do coletivo “A Craco Resiste” de São Paulo: “Vale substituir o consumo de drogas pelos espaços do CAPS AD, estar nos grupos, estar com os pares, estar com as necessidades básicas atendidas, estar em outros movimentos e estar construindo ou reconstruindo possibilidades, mesmo que discretas”.

Reconhecemos dentro desse conjunto, que o acolhimento integral nos CAPS AD III responde de forma multifacetada o fenômeno do uso de drogas e promove a RD na saúde e sociais, assegurando a visibilidade e o cuidado dessa população, tendo assim, relevância clínica como modelo integral de atenção psicossocial na rede.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O impacto clínico e psicossocial do acolhimento integral nos CAPS AD III deste estudo foi avaliado como positivo, frente às mudanças significativas identificadas em todos os indicadores de resultado ao longo do seguimento.

Os usuários em tratamento nesses serviços e que obtiveram o apoio do acolhimento integral para situações de crise e maior gravidade, beneficiaram-se da redução dos dias de uso de AOD e da gravidade das consequências relacionadas a este uso, obtiveram melhora expressiva da qualidade de vida e alcançaram, com o apoio das equipes, pelo menos um dos eixos da reabilitação psicossocial.

À luz dos direitos humanos, esses resultados atenderam a maior parte dos padrões de qualidade avaliados pelo referencial QR garantindo a proteção e o respeito dos direitos dos usuários no acolhimento integral, com algumas fragilidades que podem ser facilmente revistas e desafios comuns a todo o processo de cuidado dessa população em territórios vulneráveis, que são os aspectos sociais, o acolhimento a diversidade de gênero e o fortalecimento de ações em rede.

O acolhimento integral, ainda que seja uma resposta de curta duração, reduziu as vulnerabilidades e os danos relacionados não apenas ao uso de AOD, facilitou a inclusão e a reabilitação psicossocial dos usuários na comunidade após três meses da alta e minimizou as violações sistemáticas dos direitos humanos tendo impacto importante sobre os micro determinantes sociais da saúde mental. Aparentemente, escolher atuar nessa perspectiva proporciona a melhora da qualidade de vida e condições de saúde dos usuários e reduz os problemas decorrentes do uso de AOD.

Não se pode desconsiderar que o acolhimento integral no CAPS AD III é uma das possibilidades de cuidado dentro de uma clínica territorial estruturada em rede e, atualmente, alvo de políticas contrárias ao seu modelo, contudo, investimentos locais com *advocacy* e ações de RD, podem resultar na melhoria e na manutenção do impacto clínico e psicossocial médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 Oct 31 [cited 2020 Oct 30];35(11):e00156119. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&tlng=pt
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Dep Ações Programáticas Estratégicas Coord Geral Saúde Ment Álcool e Outras Drog. Brasília; 2015.
3. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab Educ e Saúde*. 2019;17(2).
5. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília; 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília; 2019.
8. Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP/Associação Médica Brasileira-AMB/Conselho Federal de Medicina- CFM/ Federação Nacional de Médicos- Fenam. Resolução 1952/2020. Diretrizes para um modelo de atenção integral em Saúde Mental no Brasil. 2020; São Paulo.
9. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: Revisão sistemática da literatura. *Cienc. saude coletiva*. 20(10):32243-53; 2015.
10. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saude Publica*. 2017; 51(epub23).
11. Machado AR, Modena CM, Luz ZMP. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Sep 23 [cited 2020 Oct 30];30(1):e300118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000100615&tlng=pt
12. Silva SN, Lima MG, Ruas CM. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(11):3799-3810.
13. Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Demarco DA, Neutzling AS, Oliveira MM,

et al. Satisfaction with mental health community services among patients' relatives. *Rev Bras Epidemiol.* 2017; 20(2).

14. Bosque RM, Oliveira MAF, Silva NN, Claro HG, Fernandes IFAL. Satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. *Rev enferm UFPE line.* 2017;11(11).

15. Silva NN, Oliveira MAF, Oliveira MSR, Claro HG, Fernandes IFAL, Boska GA, et al. Satisfaction of black and non-black individuals assisted at the Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center. *Saúde Debate.* 2020; 44(127):1195–207.

16. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Assessment procedures of mental health services: an integrative review. *Saúde em Debate.* 2014;38(101).

17. Docrat S, Besada D, Cleary S, Lund C. The impact of social, national and community-based health insurance on health care utilization for mental, neurological and substance-use disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Econ Rev* [Internet]. 2020 Apr 24;10(1):11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32333114>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Of da União. Brasília; 2002.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília; 2012.

20. 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(suppl5):2251-57.

21. Silva TCS, Santos TM, Campelo IGMT, Cardoso MMVN, Silva AD, Peres MAA. Night Admission at a Psychosocial Care Center III. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1).

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília; 2012.

23. Datasus. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasil; 2021.

24. Silva A, Moura DE. Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2015. Available from:

<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6928/6639.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Brandão TM, Breda MZ, Santos DS, Albuquerque MCS. The need for night admission to a Psychosocial Care Center: perceptions of drug users. *SMAD Rev eletrônica saúde Ment álcool e Drog.* 2018;14(2):84–91.
26. Duarte MVG, Barros GS, Cabral BEB. Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? *Saúde Debate.* 2020 Oct;44(127):1145–57.
27. Manning V, Garfield JBB, Best D, Berends L, Room R, Mugavin J, et al. Substance use outcomes following treatment: Findings from the Australian Patient Pathways Study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017; 51(2):177-89.
28. Carver H, Ring N, Miler J, Parkes T. What constitutes effective problematic substance use treatment from the perspective of people who are homeless? A systematic review and meta-ethnography. *Harm Reduct J.* 2020; 17(1):10.
29. Davis AK, Nickelsen T, Zucker RA, Bonar EE, Walton MA. Acceptability of nonabstinent treatment outcome goals among addiction treatment providers in Ukraine. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2018; 32(4):485–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29648844>
30. Machado AR, Modena CM, Luz ZMP. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 25];24:e190090. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100201&tlng=pt
31. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. No meio do caminho tinha um CAPS AD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 29];23(10):3233–45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003233&lng=pt&tlng=pt
32. Roche C. Impact assessment for development agencies. 1st ed. Vol. 1. Oxford, Inglaterra: ABONG. 345 p; 2000.
33. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate.* 2017;41(spe).
34. Larson C, Mercer A. Global health indicators: An overview. Vol. 171, *CMAJ.* 2004.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de

Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. 2015; Brasília.

36. Organização Mundial de Saúde (OMS). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. The World Health Report. 2002.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2003; Brasília.

38. Doran KM, Rahai N, McCormack RP, Milian J, Shelley D, Rotrosen J, et al. Substance use and homelessness among emergency department patients. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018. 1;188:328–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852450>

39. Boska GA, Claro HG, Pinho PH, Oliveira MAF. Mudanças percebidas por usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. *Rev Enferm UFPE* line. 2018;12(2).

40. Seabra P, Sequeira A, Filipe F, Amaral P, Simões A, Sequeira R. Substance Addiction Consequences: Outpatients Severity Indicators in a Medication-Based Program. *Int J Ment Health Addict*. 2021.

41. Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. *Psicol Soc*. 2018;30(0).

42. Boska GA, Cesário L, Claro HG, Oliveira MAF, Domânico A, Fernandes IFAL. Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. 2018;13(4).

43. Emerich BF, Campos RO, Passos E. Direitos na loucura: O que dizem usuários e gestores dos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Interface Commun Heal Educ*. 2014;18(51).

44. Claro HG, Oliveira MAF, Almeida MM, Vargas D, Plaglione HB. Adaptação cultural de instrumentos de coleta de dados para mensuração em álcool e drogas. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. 2011;7(2).

45. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. *IHRA Brief*. 2010;44(0).

46. Kirouac M, Stein ER, Pearson MR, Witkiewitz K. Viability of the World Health Organization quality of life measure to assess changes in quality of life following treatment for alcohol use disorder. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil*. 2017 Nov;26(11):2987–97.

47. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. 2nd ed. Belo Horizonte: Te Cora; 2001.

48. Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2020;24.
49. Pinho PH, Oliveira MAF, Vargas D, Almeida MM, Machado AL, Silva ALA, et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2009;43(spe2).
50. Organização das Nações Unidas (ONU). Guia sobre Desenvolvimento Sustentável. Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável. Cent Informação Reg das Nações Unidas para a Eur Ocident. 2016;
51. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). UNODC Strategy 2021–2025. 2020;
52. Organização das Nações Unidas (ONU). International Guideline on Human Rights and Drug Policy. 2019.
53. Vecchia MD, Ronzani TM, Paiva FS, Batista CB, Costa PHA. Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas. *Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas.* 2017.
54. Nery AFP. Os sujeitos e a exclusão: Das Práticas de Cuidado à Iatrogenia dos Movimentos de Resistência. In: Vecchia M, editor. *Drogas e direitos humanos : reflexões em tempos de guerra às drogas.* 1st ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 0–396.
55. Rameh-de-Albuquerque. A rede de cuidado das pessoas que usam crack e outras drogas: experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da Vulnerabilidade e Direitos Humanos - uma perspectiva intersetorial. In: Vecchia M, editor. *Drogas e Direitos Humanos Reflexões em tempo de Guerra as Drogas.* 1st ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 0–396.
56. Funk M, Drew N. WHO *QualityRights*: transforming mental health services. *The Lancet Psychiatry.* 2017;(4).
57. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2020;98(1).
58. Minelotti A, Toro O, Alvarado R, Rayo X. Differences on perceptions of quality of care and respect for rights in mental health between user, family and staff. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2015;72(4).
59. Pitta AMF, Coutinho DM, Rocha CCM. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o *QualityRights* - WHO. *Saúde em Debate.* 2015;39(106).

60. Soares MS. Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa. 2016;4(1):64–75.
61. Twisk JWR. Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide, second edition. Applied Longitudinal Data Analysis for Epidemiology: A Practical Guide. 2011.
62. Wijk LB van, Mângia EF. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. Saúde em Debate. 2017;41(115):1130–42.
63. Amore K, Baker M, Howden-Chapman P. The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. Eur J Homelessness. 2011;5(2).
64. Bono C, Ried LD, Kimberlin C, Vogel B. Missing data on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A comparison of 4 imputation techniques. Res Soc Adm Pharm. 2007;3(1).
65. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil. Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas -GEAD. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/21328>
66. Seabra PRC, Amendoeira JJP, Sá LO, Capelas MLV. Clinical Validation of the Portuguese Version of “Substance Addiction Consequences” Derived from the Nursing Outcomes Classification. Issues Ment Health Nurs. 2018;39(9).
67. Harper A, Power M, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychol Med. 1998;28(3).
68. Brasil. Ministério da Saúde. Direito é Qualidade *QualityRights* Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da Ferramenta para entrevistas Direito é Qualidade Kit de ferramentas de avaliação e melhoria da Ferramenta para entrevistas. 2015.
1. 67. Oliveira RTQ, Ignacio CF, Moraes-Neto AHA, Lima BMM. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. Cienc e Saude Coletiva. 2017;22(12).
69. Leão NMF, Boska GA, Silva JCMC, Claro HG, Oliveira MAF, Oliveira MSR. Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Enferm foco. 2020;11(1):63–8.
70. Silva AB, Olschowsky A, Wetzel C, Silva TJ, Pavani FM. Understanding culture, stigma and drug as a lifestyle in the life of people living in the streets. Cienc e Saude Coletiva.

2020;25(10):3713–21.

71. Silva ÉBO, Pereira ALF, Penna LHG. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e *crack*. *Cadernos Saúde Pública*. 2018(34).
72. Malheiro LSB. Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador-BA. [Tese] Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019.
73. Mann J. Health and Human Rights. *Heal Hum Rights*. 1994;1(1):6–93.
74. Machado AR, Modena CM, Luz ZMP. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29];30(1):e300118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000100615&tlng=pt
75. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: Visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7).
76. Nunes ED. Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2009;19(1).
77. Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013(131).
78. World Health Organization (WHO). One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>
79. World Health Organization (WHO). Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329594>
80. Miler JA, Carver H, Foster R, Parkes T. Provision of peer support at the intersection of homelessness and problem substance use services: a systematic ‘state of the art’ review. *BMC Public Health* [Internet]. 2020;20(1):641. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8407-4>
81. Parkes T, Matheson C, Carver H, Budd J, Liddell D, Wallace J, et al. Supporting Harm Reduction through Peer Support (SHARPS): testing the feasibility and acceptability of a peer-delivered, relational intervention for people with problem substance use who are homeless, to improve health outcomes, quality of life and social functioning and reduce harms: study protocol. *Pilot Feasibility Stud* [Internet]. 2019;5(1):64. Available from:

<https://doi.org/10.1186/s40814-019-0447-0>

82. Vargas ADFM, Campos MM. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra.” Rev Bras Sociol - RBS. 2019;7(15).
83. Seabra PRC, Sá LO, Amendoeira JJP, Ribeiro AL. Satisfação com os cuidados de enfermagem em usuários de drogas: evolução de uma escala. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2):e58962.
2. 82. Bastos FIPM. BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
84. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2019, Booklet 1-5. Word Drug Report - 2019 Stimulants. 2019.
85. Prefeitura Municipal de São Paulo. SMADS – Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo - 2019. São Paulo; 2019.
86. Penzenstadler L, Soares C, Anci E, Molodynski A, Khazaal Y. Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. Europ Addic Research. 2019(25).
87. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database Systematic Reviews. 2016.
88. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. Rev Saude Publica. 2011;45(5).
89. Oliveira LG. Avaliação da cultura do uso de *crack* após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo. [tese] São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 2017.
90. Bray JW, Aden B, Eggman AA, Hellerstein L, Wittenberg E, Nosyk B, et al. Quality of life as an outcome of opioid use disorder treatment: A systematic review. J Subst Abuse Treat. 2017 May;76:88–93.
91. Gentil L, Grenier G, Bamvita J-M, Dorvil H, Fleury M-J. Profiles of Quality of Life in a Homeless Population. Front psychiatry [Internet]. 2019; 30(10):10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30761023>
92. Marini M, Schnornberger TM, Brandalise GB, Bergozza M, Heldt E. Quality of Life Determinants in Patients of a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drug Users.

Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2013; 1;34(7):524–30. Available from: <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.780118>

93. Dassoler VAPAL. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*. 2020;44(3):278–89.

94. Seabra P, Sequeira A, Filipe F, Amaral P, Simões A, Sequeira R. Substance Addiction Consequences: Outpatients Severity Indicators in a Medication-Based Program. *Int J Ment Health Addict*. 2021;

95. Barros LC, Fuentes-Rojas M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21(61):363–72.

96. Araújo AK, Soares VL. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 29];42(spe4):275–84. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800275&tlng=pt

97. Zeferino MT, Fermo VC, Fialho MB, Kenthi A, Bastos FI. Crack cocaine use scene in the capital of the state of Santa Catarina/Brazil: the (in)visibility of users. *Texto Contexto Enf*. 2019;28.

98. Prefeitura Municipal de São Paulo. Lei nº 13.178, 17 de setembro de 2001. Institui o Programa Ação Coletiva de Trabalho do Município de São Paulo, e dá outras providências. São Paulo: 7 de setembro de 2001, 448º da fundação de São Paulo.; Sep, 2001.

99. Borges CD, Schneider DR. Rede social significativa de usuários de um CAPSad: perspectivas para o cuidado. *Pensando Fam*. 2017;21:167–81.

100. Olievenstein C. Os drogados não são felizes. 1st ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. 0–327 p.

101. Mota FO, Fonseca RMAM, Santos JE, Gallassi AD. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. *Cad Bras Terapia Ocupacional*. 2019(27): 806–16.

102. Foppa DF, Grigolo TM. Os significados de uma Unidade de Acolhimento transitória para usuários de drogas. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. 2020;16(2).

103. Acebal JS, Barbosa GC, Domingos TS, Bocchi SCM, Paiva ATU. O habitar na reabilitação psicossocial: análise entre dois Serviços Residenciais Terapêuticos. *Saúde em Debate*. 2020;44(127).

104. Young MG, Manion K. Harm reduction through housing first: An assessment of the

Emergency Warming Centre in Inuvik, Canada. *Harm Reduct J.* 2017; 7;14(1).

105. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Jour of Epid and Com Health.* 2019(17).

106. Ashford RD, Brown AM, Curtis B. Systemic barriers in substance use disorder treatment: A prospective qualitative study of professionals in the field. *Drug Alcohol Depend.* 2018;189.

107. Kerman N, Sylvestre J, Aubry T, Distasio J. The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1).

108. Funk M, Bold ND. Who's QualityRights initiative: Transforming services and promoting rights in mental health. *Health Hum Rights.* 2020;22(1).

109. Zgueb Y, Preti A, Perra A, El-Astal S, Aviles Gonzalez CI, Piras M, et al. Staff Perception of Respect for Human Rights of Users and Organizational Well-being: A Study in Four Different Countries of the Mediterranean Area. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal.* 2020;16(1).

110. Teague S, Youssef GJ, Macdonald JA, Sciberras E, Shatte A, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. Retention strategies in longitudinal cohort studies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2018; 26;18(1):151. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30477443>

111. Karriker-Jaffe KJ, Klinger JL, Witbrodt J, Kaskutas LA. Effects of Treatment Type on Alcohol Consumption Partially Mediated by Alcoholics Anonymous Attendance. *Subst Use Misuse.* 2018;53(4).

112. Stewart C, Kopinski H, Liebschutz J, Holmdahl I, Keosaian J, Herman D, et al. The provision of cell phones as a recruitment and retention strategy for people who inject drugs enrolling in a randomized trial. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018; 1(184):20–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402675>

113. Silberzahn BE, Morris MB, Riegger KE, White RH, Tomko CA, Park JN, et al. Barriers and facilitators to retaining a cohort of street-based cisgender female sex workers recruited in Baltimore, Maryland, USA: results from the SAPPHERE study. *BMC Public Health* [Internet]. 2020; 29;20(1):585. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349728>

114. Weinstein LC, Iqbal Q, Cunningham A, Debates R, Landistratis G, Doggett P, et al.

Retention of Patients with Multiple Vulnerabilities in a Federally Qualified Health Center Buprenorphine Program: Pennsylvania, 2017–2018. *Am J Public Health* [Internet]. 2020; 20;110(4):580–6. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305525>

115. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* [Internet]. 2020; 1;115(2):201–17. Available from: <https://doi.org/10.1111/add.14793>

116. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. *PLoS One* [Internet]. 2019; 30;14(12):e0226306–e0226306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31887152>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Formulários de coleta de dados

1.1 Formulário 1 – Localização e socioeconômico

09/05/2021

Formulário de Localização

Formulário de Localização

Este formulário deve ser aplicado apenas na primeira entrevista com o usuário, no momento da admissão no acolhimento noturno do CAPS AD. As informações serão utilizadas para buscas posteriores.

***Obrigatório**

1. Número de prontuário *

2. Local tratamento *

Marcar apenas uma oval.

CAPS AD III 1

CAPS AD III 2

3. Número da entrevista *

4. Data de nascimento *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

5. Local onde vive atualmente *

Marcar apenas uma oval.

Rua

Albergue

Casa/apartamento/pensão

Unidade de Acolhimento

Outro

6. Em quais endereços podemos te encontrar? (colocar quantos forem necessários) *

7. Quais referências podemos ter para chegar ao local onde você vive? (ex: praça da sé perto da saída do metrô) *

8. Você tem previsão de mudança? Ou de sair do albergue, UA? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Se sim para onde?

10. Quais outros locais que costuma frequentar, ficar, passear durante a semana? (praças, centros de convivência, trabalho, rua, igrejas, restaurantes, bares, etc) (especificar nome) *

11. Quais serviços de saúde você tem frequentado? (posto de saúde, hospital, PS, outros CAPS, etc) *

12. Existe alguém quem sempre saberá onde você está? Como podemos falar com eles(as) caso necessário? (questionar desde amigos até agente de saúde da UBS, especificar vinculação e onde encontrar) *

13. Qual seu profissional de referência no CAPS? (especificar função se souber) *

14. Telefones para contato (pessoal, de amigos, familiares: especificar vínculo) *

Questionário
sociodemográfico

"Agora farei algumas perguntas relacionadas ao seu perfil"

15. Qual sua nacionalidade? *

Marcar apenas uma oval.

Brasileira

Outra

16. Se outra, qual?

17. É imigrante/refugiado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. De qual raça/etnia/cor você se considera? *

Marcar apenas uma oval.

Branco

Preto

Pardo

Índio

Amarelo

Outro

19. Se outra, qual?

20. Qual seu estado civil? *

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- União Estável
- Viúvo (a)
- Divorciado (a)

21. Qual o seu sexo? *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino
- Intersexual

22. Você se sente *

Marcar apenas uma oval.

- Mulher
- Homem
- Outros

23. Qual a sua orientação sexual (você se relaciona com)? *

Marcar apenas uma oval.

- Assexual
- Bissexual
- Heterossexual
- Homossexual
- Pansexual

24. Quantos anos de estudo possui (não considerar repetência)? *

25. A quanto tempo faz acompanhamento nesse CAPS AD que está agora? (resposta em meses) *

26. Quantas vezes já foi acolhido no leito desse CAPS AD? *

27. Por que você motivo foi acolhido integralmente no CAPS desta vez? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Desintoxicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vulnerabilidade social (situação de rua)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observação/avaliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redução do consumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reorganização do PTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

1.2 Formulário 2, 3 e 4 – Entrevistas T0, T1 e T2

09/05/2021

Entrevistas T0, T1 e T2

Entrevistas T0, T1 e T2

***Obrigatório**

1. T0- Data do acolhimento noturno/ T1, T2- Data de hoje

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

2. Número de prontuário *

3. Local de tratamento *

Marcar apenas uma oval.

CAPS AD III 1

CAPS AD III 2

Eixos da REAB

4. Local de moradia

Marcar apenas uma oval.

Centro de acolhida

Rua

UA

Casa própria, alugada

Pensão, com familiares, amigos

Outro

5. Você possui vínculo de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim, trabalho formal
- Sim, trabalho informal
- Aposentado
- Do lar

6. Qual sua renda mensal? Incluindo bolsa família, LOAS, etc (Considerar salário mínimo R\$998,00 - 2019) *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 salário mínimo
- De 1 a 3 salários mínimos
- De 4 a 6 salários mínimos
- 7 ou mais salários mínimos
- Não possui nenhuma renda

7. Essa renda é decorrente exclusivamente de benefícios sociais?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Com quantas pessoas você vive atualmente? (resposta em números: 0,1,2,3)

9. Destas quantas são companheiro(a)?

10. Destas quantas são filho(s)?

11. Pai

12. Mãe

13. Irmão (s)

14. Tios

15. Primos

16. Sobrinhos

17. Avós

18. Cunhados, sogros

19. Amigo(s)

20. Outro(s), quais?

21. Com quantas você pode contar em momentos de dificuldade? (resposta em números 1,2,3) *

Saúde e tratamentos

22. Você possui diagnóstico de alguma doença física? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecções Sexualmente Transmissíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra (s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Se outra(s) qual(is)?

24. Você possui diagnóstico de algum transtorno mental ? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TAB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esquizofrenia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtorno de Personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transtornos Afetivo Bipolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro (s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Se outro, qual(is)?

26. Quais acompanhamentos/tratamentos faz atualmente (ao mesmo tempo que o CAPS AD atual)?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Outros CAPS AD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leitos de outros CAPS AD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPS adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunidade Terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UBS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos de ajuda mútua AA/NA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Se outro (s), quais?

28. Quais acompanhamentos fez antes do CAPS AD atual?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Outros CAPS AD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leitos de outros CAPS AD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAPS adulto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunidade Terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
UBS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupos de ajuda mútua AA/NA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Se outro (s), quais?

30. Neste momento do seu tratamento no CAPS AD, você: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Participa de grupos, oficinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atendimentos individuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. T2 - Teve outro acolhimento integral além do inicial (T0)?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

32. Se sim, quantos?

Uso de SPA

33. Com quantos anos você usou álcool ou outras drogas pela primeira vez? *

34. Nos últimos 30 dias, quantos dias ficou sem usar nenhuma substância/abstinente (álcool ou outras drogas)? (resposta em dias) *

35. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou álcool? *

36. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou tabaco? *

37. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou maconha? *

38. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou cocaína (aspirada)? *

39. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou crack? *

40. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou inalantes (tinner, cola, lança perfume)? *

41. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou drogas sintéticas (doce, bala, LSD, ecstasy)? *

42. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou medicações prescritas mais que deveria (benzodiazepínicos(diazepam))? *

43. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou drogas injetáveis e qual(is) (cocaína, heroína)? *

44. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou outra(s) droga(s)? Qual (is) *

Questões extras T1- após 14 dias

***Obrigatório**

1. Data de hoje *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

2. Local de tratamento *

Marcar apenas uma oval.

CAPS AD III 1

CAPS AD III 2

3. Prontuário *

4. Entrevista número (mesmo número da planilha) *

5. Mantém acolhimento integral no CAPS? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. No período em leito houve necessidade de encaminhamento? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Se sim, por qual(is) motivos?

8. Motivo da alta *

Marcar apenas uma oval.

Alta planejada com família, albergue

Alta a pedido

Saída sem pactuação

Encaminhamento para outro serviço

Não teve alta

Outro (s)

9. Se outro(s) qual?

10. Data da alta

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

11. Quantos dias ficou em leito ?

12. Neste momento você se sente: *

Marcar apenas uma oval.

- Melhor que a 14 dias
- Pior que a 14 dias
- Não percebe mudança
- Não sabe responder

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

1.3 Formulário 5 – Perdas amostrais

09/05/2021

Perdas amostrais

Perdas amostrais

Se após o mínimo de 5 tentativas de encontrar o usuário e realizar a entrevista, isto não foi possível, considerar como perda amostral e consultar os dados no prontuário.

***Obrigatório**

1. Data de hoje *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

2. Número de prontuário *

3. Local de tratamento

Marcar apenas uma oval.

CAPS AD III 1

CAPS AD III 2

4. Respondeu T1?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Motivo da perda *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
Não retornou mais ao CAPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferido de serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não encontrado mesmo em tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usuário sob efeito de substâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recusa de participação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não conclui a entrevista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mudança de endereço sem informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usuário em internação hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alta do tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Óbito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Se transferido para outro serviço, qual? Qual o motivo?

7. Se outro motivo, qual?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convido o(a) Sr(a) para participar da pesquisa “Impacto dos leitos de acolhimento noturno no tratamento de usuários de álcool e outras drogas: estudo de coorte”.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar se o fato de você ser acolhido nos leitos dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), traz bons resultados para o tratamento. Acredita-se que com este estudo podemos melhorar o atendimento que você recebe quando é acolhido em leito, fazendo com que isso seja melhor aproveitado e mais utilizado no seu cuidado.

Sua participação é voluntária e será por meio de quatro entrevistas: 1- no momento atual; 2 – após três meses; 3- após seis meses; 4- após 12 meses. A duração aproximada de cada entrevista é de 30 (trinta) minutos e ocorrerá no próprio em local privativo apenas na presença do pesquisador e entrevistado, no próprio CAPS AD III de sua referência.

Após a primeira entrevista, para lhe encontrar nas próximas vezes, irei solicitar algumas informações sobre seus contatos pessoais, familiares, de amigos e também dos serviços que frequenta para que possamos dar continuidade ao estudo. Se acaso você não se lembre de alguma informação importante, poderemos consultar o seu prontuário para encontrá-las.

Durante as entrevistas você poderá sentir-se desconfortável e/ou constrangido em responder algumas perguntas, pois o assunto tratado é sobre o seu consumo de álcool e drogas, sua qualidade de vida, inserção na sociedade e seu avanço no tratamento, isso pode mobilizar sentimentos desagradáveis. Caso isso ocorra, além de parar a entrevista me comprometo a acolhê-lo e se você desejar, poderá ser encaminhado atendido pelos profissionais da equipe de saúde do CAPS AD III. Em caso de cansaço ao responder as questões, a entrevista poderá ser pausada e retomada depois.

Os dados coletados serão confidenciais e de uso apenas do pesquisador, portanto você em nenhum momento será identificado, garantindo sua privacidade. Você também tem liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo, lembrando que isto não interfere na assistência que você recebe neste serviço. Não existem custos com a sua participação neste estudo nem benefícios financeiros, no entanto, caso você tenha algum gasto, haverá ressarcimento e se ocorrerem danos comprovadamente relacionados a pesquisa, você poderá solicitar indenização.

Em qualquer etapa da pesquisa o senhor(a) terá contato aos pesquisadores responsáveis pela investigação para o esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é a Doutoranda Gabriella de Andrade Boska, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Bairro Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000 São Paulo – SP, telefone (11)987360012, e-mail: gabriellaboska@usp.br.

Caso tenha alguma dúvida sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Bairro Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000 São Paulo – SP, telefone (11)3061-8858, e-mail: cepee@usp.br ou com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo no endereço Rua General Jardim, 36 8º andar, Vila Buarque CEP: 01223-010, e-mail: smscep@gmail.com.

Caso você tenha entendido as informações e concorde em participar, por favor, assine/rubrique todas as páginas e as duas vias deste Termo de Consentimento, guarde uma via com você assinada pelo pesquisador e devolva a outra para o entrevistador.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

___/___/___

Data

ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de Consequências da Dependência de Substâncias – CDS

09/05/2021

Escala de Consequências da Dependência de Substâncias - CDS

1. Quais desses itens você acha que apresenta no momento? Quão grave você o considera? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1- Muito Grave	2- Grave	3- Moderada	4- Leve	5- Nenhuma
Tristeza	<input type="radio"/>				
Isolamento/solidão	<input type="radio"/>				
Ansiedade	<input type="radio"/>				
Problemas no relacionamento familiar	<input type="radio"/>				
Função cognitiva prejudicada (memória, percepção, raciocínio, linguagem e atenção)	<input type="radio"/>				
Dificuldade para memorizar a rotina diária	<input type="radio"/>				
Incapacidade para tomar decisões no dia a dia	<input type="radio"/>				
Dificuldade para cuidar da casa	<input type="radio"/>				
Manutenção do uso de várias substâncias	<input type="radio"/>				
Falta de motivação para a abstinência	<input type="radio"/>				
Participação em atividades ilegais	<input type="radio"/>				
Preocupação com problemas de saúde	<input type="radio"/>				
Dificuldades para manter o emprego	<input type="radio"/>				
Dificuldades de manter-se financeiramente	<input type="radio"/>				
Faltas constantes no trabalho ou escola	<input type="radio"/>				

https://docs.google.com/forms/d/1IRvzmpEMg54IBU_9mZCtFr5Txq3dk6kw82DvpjijMw/edit

2/3

ANEXO 2 – Escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF

09/05/2021

Entrevistas T0, T1 e T2

Escala de
Qualidade de
Vida -
WHOQOL-BREF

"Agora vamos avaliar a sua qualidade de vida. Por favor fique atento as perguntas e responda aquilo que você acha a melhor resposta de acordo com como a sua vida esta agora."

46. 1- Como você avaliaria sua qualidade de vida? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito boa				

47. 2- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito	<input type="radio"/>	Muito satisfeito				

48. As próximas perguntas são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas 2 semanas. 3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

49. 4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

50. 5- O quanto você aproveita a vida? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

51. 6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

52. 7- O quanto você consegue se concentrar? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

53. 8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

54. 9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Extremamente				

55. As próximas perguntas questionam sobre o quanto você tem sentido que é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. 10- Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Completamente				

56. 11- Você é capaz de aceitar sua aparência física? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Completamente				

57. 12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Completamente				

58. 13- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Completamente				

59. 14- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Completamente				

60. As próximas perguntas são sobre o quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de coisas de sua vida nas últimas duas semanas. 15- Quão bem você é capaz de se locomover? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

61. 16- Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

62. 17- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

63. 18- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

64. 19- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

65. 21-Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

66. 22-Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

67. 23-Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

68. 24-Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

69. 25-Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito ruim	<input type="radio"/>	Muito bom				

70. A próxima pergunta é sobre com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas. 26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? *

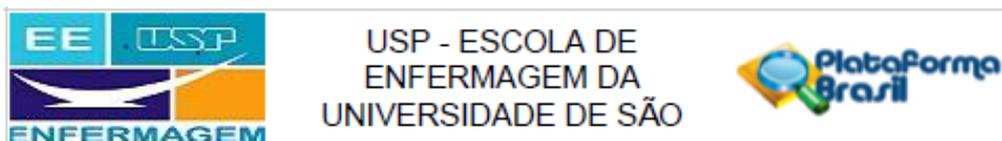
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO 3 - Pareceres dos Comitês de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Resultados do tratamento para álcool e outras drogas em Centros de Atenção Psicossocial modalidade III: estudo de coorte

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90117318.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.759.176

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto sobre avaliação de resultados de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas na modalidade III (CAPSad III). O estudo tem abordagem quantitativa, com delineamento de coorte prospectiva, não controlada. Será desenvolvido em dois CAPSad III da região central do município de São Paulo. A amostra se dará por conveniência e será composta por usuários dos CAPSad III que forem admitidos em leitos de acolhimento noturno no período de setembro de 2018 (01/09/2018) a fevereiro de 2019 (28/02/2019) e aceitarem participar do estudo. A amostra inicial será de 151 sujeitos. A coleta de dados será realizada por uma equipe de seis pessoas treinadas, e ocorrerá por meio de entrevistas. Ocorrerá em quatro momentos: 1) Na admissão do usuário em leito (09/2018 a 02/2019); 2) Três meses após o primeiro contato (12/2018 a 05/2019); 3) Seis meses após o primeiro contato (03/2019 a 08/2019); 4) 12 meses após o primeiro contato (09/2019 a 02/2020). Se necessário, está previsto o uso de informações de prontuários.

O instrumento de coleta de dados consistirá de um formulário de preenchimento online através do Google Formulários e conterá questões de identificação, sociodemográficas e clínicas relacionadas ao consumo de drogas e álcool, admissões anteriores em leito, tempo de tratamento nos CAPS ad III, outros tratamentos anteriores e/ou consecutivos ao atual, diagnósticos prévios, e tempo de uso de substâncias.

Os participantes também responderão questões constantes de três escalas: Escala de Reabilitação

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.759.176

Psicossocial para Usuários de Substâncias Psicoativas; Escala de Problemas com Substâncias (EPS); Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF). São 96 questões a serem respondidas pelos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar os resultados do tratamento para AOD em CAPSad III, a partir da permanência dos usuários em leitos de acolhimento noturno.

Específicos: a) Avaliar o alcance dos objetivos da reabilitação psicossocial; b) Avaliar a qualidade de vida dos usuários e sua evolução; c) Avaliar a evolução dos padrões de consumo e os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

afirma-se como possível risco ao participante do estudo o estresse emocional e/ou constrangimento frente as questões, pois os itens do instrumento são de ordem pessoal e avaliam a saúde mental e problemas relacionados ao uso de substâncias. Caso seja avaliado sofrimento ou qualquer incômodo na entrevista, o indivíduo será acolhido pelos pesquisadores e será solicitada avaliação aos profissionais de saúde do serviço para verificar a necessidade de intervenção.

Como benefícios do estudo coloca-se a possibilidade de obter evidências científicas para comprovar bons resultados com o uso de leitos em CAPSad III o que pode favorecer o aprimoramento das políticas públicas atuais na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De modo geral, o estudo tem potencial para contribuir para a assistência em saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Sobre o TCLE: Foi modificado de forma a atender as recomendações apontadas no parecer anterior, em relação ao número de questões (96) a serem respondidas: "em caso de cansaço, a entrevista poderá ser pausada e retomada seguidamente". E, também se explicitou que a retirada da entrevista não implica em qualquer prejuízo em relação à assistência prestada no CAPSad.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- o TCLE foi adequado segundo as recomendações constantes do parecer anterior.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.759.176

- os critérios de avaliação da equipe que podem determinar a inclusão dos participantes no estudo foram incluídos no projeto: "sinais de intoxicação, abstinência e agitação psicomotora".
- esclareceu-se que as entrevistadas ocorrerão no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1130578.pdf	19/06/2018 12:50:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/06/2018 12:49:56	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodoc_CEP.docx	19/06/2018 12:48:44	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	IMG_20180522_142918.pdf	22/05/2018 14:43:05	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	22/05/2018 12:42:36	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	22/05/2018 12:40:14	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Proj_Pesq_Gabriela_abril2018.pdf	22/05/2018 12:37:06	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Julho de 2018

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Resultados do tratamento para álcool e outras drogas em Centros de Atenção Psicossocial modalidade III: estudo de coorte

Pesquisador: Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90117318.9.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.832.670

Apresentação do Projeto:

Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas na modalidade III (CAPS ad III) são os serviços mais recentes destinados ao atendimento de usuários com problemas com o uso de substâncias psicoativas. Possuem leitos de acolhimento noturno que possibilitam a permanência 24 horas e o manejo de demandas como desintoxicação, situações de crise e de vulnerabilidades psicossociais, diminuindo assim a necessidade de internações hospitalares de longo prazo.

Estudo de abordagem quantitativa, com desenho de coorte prospectiva não controlada.

A amostra inicial do estudo será composta por 151 usuários em tratamento em dois CAPS ad III do município de São Paulo, Centro e Prates da Coordenadoria Regional de Saúde Centro, que forem admitidos em leitos de acolhimento noturno no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019 e aceitarem participar da pesquisa. Indivíduos com idade entre 18 e 60 anos, em condições de participação de acordo com avaliação da equipe com relação aos critérios: sinais de intoxicação, abstinência e agitação psicomotora.

Estes serão seguidos e avaliados por um período de 12 meses e passarão por quatro entrevistas em tempos diferentes.

T1) Na admissão do usuário em leito (09/2018 a 02/2019);

T2) Três meses após o primeiro contato (12/2018 a 05/2019);

T3) Seis meses após o primeiro contato (03/2019 a 08/2019);

T4) 12 meses após o primeiro contato (09/2019 a 02/2020).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.832.670

Se necessário, está previsto o uso de informações de prontuários.

A coleta de dados será realizada por uma equipe de seis pessoas treinadas, três alocadas em cada CAPS ad III, a mesma acontecerá por meio de entrevistas face a face nas dependências dos serviços em ambiente confortável, sem interrupções, onde seja possível preservar a privacidade do participante tendo apenas a presença do coletador. Como não se trata de uma entrevista longa, apenas serão oferecidos intervalos se solicitado ou referido cansaço ou desconforto pelo participante.

Será utilizado um instrumento construído pelos próprios pesquisadores um formulário de preenchimento online através do Google Formulários contendo questões de identificação, sociodemográficas e clínicas relacionadas ao consumo, como também questões que abordem as variáveis de confusão na tentativa de evitar esse viés, que são: admissões anteriores em leito; tempo de tratamento nos CAPS ad III; outros tratamentos anteriores e/ou consecutivos ao atual; diagnósticos prévios; tempo de uso de substâncias. A Escala de Reabilitação Psicossocial para usuários de substâncias psicoativas, Escala de Problemas com Substâncias e a Escala de Qualidade de Vida, serão englobadas no instrumento a fim de contribuir nas medidas de desfechos. Variáveis de confusão como: questões sociodemográficas, admissões anteriores em leito, tempo de tratamento nos CAPS, outros tratamentos anteriores e/ou consecutivos ao atual, diagnósticos prévios, tempo de uso de substâncias, serão controladas no momento da análise. Para apresentação dos resultados serão realizadas análises estatísticas quantitativas descritivas, comparação de variáveis categóricas e para análise longitudinal, será aplicado o modelo ANOVA para medidas repetidas, medidas de efeito como risco absoluto e risco atribuível.

Serão relatadas modificações do efeito se estas existirem.

Espera-se que os resultados deste estudo possam validar os leitos de acolhimento noturno como um recurso potente no cuidado a usuários de álcool e outras drogas no território, refletindo em investimentos de políticas públicas extra hospitalares e no aprimoramento da prática clínica desses serviços.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

- Avaliar os resultados do tratamento para AOD em CAPS ad III, a partir da permanência dos usuários em leitos de acolhimento noturno.

Objetivos secundários

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 2.832.670

- Avaliar o alcance dos objetivos da reabilitação psicossocial.
- Avaliar a qualidade de vida dos usuários e sua evolução.
- Avaliar a evolução dos padrões de consumo e os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente descritos os riscos e benefícios do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito importante nos tempos atuais e sempre porque poderá elucidar proposta de melhoria da qualidade devida para esta população tão vulnerável em situação, muitas vezes, de miserabilidade.

Pesquisadora responsável com conhecimento na área: Orientadora Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

Metodologia atende aos objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 2.832.670

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1175746.pdf	03/08/2018 19:21:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODEASSENTIMENTO.docx	03/08/2018 19:20:24	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.docx	03/08/2018 19:20:17	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/06/2018 12:49:56	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodoc_CEP.docx	19/06/2018 12:48:44	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Proj_Pesq_Gabriela_abril2018.pdf	22/05/2018 12:37:06	Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Agosto de 2018

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com