



ARTIGO ORIGINAL



Situação de rua, uso de crack e tempo de permanência como preditores de alta planejada do acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial
Homelessness, crack use, and length of stay as predictors of planned discharge from night care in a Psychosocial Care Center

Gabriella de Andrade Boska^{1,*} , Rogério da Silva Ferreira^{1,2} , Heloisa Garcia Claro³ , Priscilla de Oliveira Luz¹ , Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹ 

¹Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III Antônio Carlos Mussum. Jacarepaguá, Rio de Janeiro, Brasil.

³Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil

Submetido em 23 de janeiro de 2021, aceito em 21 de março de 2021, publicado em 23 de junho de 2021

PALAVRAS-CHAVE

Alta do paciente
Intervenção na crise
Acolhimento
Participação do paciente
Pessoas em situação de rua
Transtornos relacionados ao uso de substâncias

RESUMO

Objetivo: Identificar os preditores de alta planejada do acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III).

Métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo e documental de 560 prontuários de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas que foram admitidas em acolhimento noturno em um CAPS AD III de São Paulo, no período de cinco anos. Como variável dependente, no modelo logístico múltiplo, utilizou-se o tipo de alta (planejada ou não) e como variáveis independentes, o perfil dos sujeitos relacionadas ao consumo de substâncias e ao tempo em acolhimento.

Resultados: Identificou-se 1.097 admissões com 50,4% de altas sem planejamento associadas à situação de rua ($p = 0,007$), uso problemático de crack ($p = 0,015$), à duração do acolhimento - tempo proposto pela equipe ($p = 0,029$) e tempo final do usuário ($p < 0,001$).

Conclusão: Estar em situação de rua, em uso problemático de crack e a não participação do usuário sobre a sua permanência em acolhimento noturno no CAPS AD III, associam-se à alta não planejada.

*Autor de correspondência:

Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

End.: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Bairro: Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil | CEP: 05.403-000

Fone: (11) 3061-7601

E-mail: gabriellaboska@usp.br (Boska GA)

Este estudo foi realizado na Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo (USP).

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i2.1113>

Como citar este artigo: Boska GA, Ferreira RS, Claro HG, Luz PO, Oliveira MAF. Homelessness, crack use, and length of stay as predictors of planned discharge from night care in a Psychosocial Care Center. Rev Cienc Saude. 2021;11(2):66-72.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i2.1113>

2236-3785/© 2021 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



KEYWORDS

Crisis intervention
Embracement
Homeless persons
Patient discharge
Patient participation
Substance-related disorders

ABSTRACT

Objective: identify predictors of planned discharge to night care embracement in a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPS AD III).

Methods: Quantitative, retrospective, and documentary study of 560 medical records of people with problems resulting from the use of alcohol and other drugs who were admitted to the hospital at night in a CAPS AD III in São Paulo, over five years. As a dependent variable, the type of discharge was used (planned or not). As independent variables, the profile of the subjects related to substance use and time in hospital.

Results: 1,097 admissions were identified with 50.4% of unplanned discharge associated with homelessness ($p = 0.007$), problematic use *crack* ($p = 0.015$), length of reception proposed by the team ($p = 0.029$) and length of stay of the user ($p < 0.001$).

Conclusion: Being homeless, problematic use of *crack*, and lack of user participation on the decisions regarding length of stay in CAPS AD III were associated with unplanned discharge.

INTRODUÇÃO

Um dos principais desafios no cuidado extra-hospitalar às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas é a atenção à crise¹. Entende-se por crise as situações que são, por vezes, urgentes e associam-se a uma quebra da existência do sujeito nas suas questões familiares, sociais e individuais². Não se limita a agudização de sintomas físicos e/ou psíquicos e pode estar acompanhada de efeitos das substâncias psicoativas³. A crise é um momento crítico e crescente que exige intervenções imediatas da equipe e geralmente demanda de suporte mais intensivo, que pode ser promovido pelo acolhimento noturno em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 h (CAPS AD III)⁴.

O CAPS AD III é um serviço público, comunitário e especializado de tratamento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É constituída pela atenção primária em saúde, atenção especializada psicossocial (CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização, e reabilitação psicossocial, para promover cuidado integral às pessoas com problemas de saúde mental e decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Oferece cuidado integral por equipe multiprofissional com objetivo de atender às necessidades dos usuários nas dimensões biopsicossociais, na perspectiva da redução de danos, tendo na modalidade III 24 h o recurso das camas para evitar internações hospitalares e garantir o cuidado à crise no próprio território. O acesso ao acolhimento noturno se dá pela avaliação da equipe instrumentalizada a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído em conjunto com o usuário “com base em critérios clínicos, em especial, desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, entre outros”⁵. Possui duração máxima de 14 dias no mês, que pode ser reavaliada de acordo com as necessidades de cada caso⁵.

O acolhimento noturno no CAPS AD III é considerado por profissionais, familiares e usuários um recurso essencial na RAPS⁶. Entretanto, estudos apontam para a necessidade de repensar a sua dinâmica sobretudo pela reprodução de práticas biomédicas e

manicomiais das equipes frente às situações de crise, que contradizem os princípios da atenção psicossocial e reforçam o cuidado fragmentado e institucionalizante⁷⁻⁹. Um resultado comum que reflete essas práticas é o abandono precoce do cuidado no acolhimento noturno, com dificuldade de planejamento das altas entre equipe e usuário. Pesquisas mostram taxas que variam de 15,3% a 36,2% de altas sem planejamento do acolhimento nos CAPS AD III, antes do tempo previsto, as quais são nomeadas como altas a pedido ou evasão^{11,12}. Além disso, as políticas públicas atuais não valorizam este modelo de cuidado e desconsideram os investimentos necessários que devem ser feitos para melhorar e qualificar essa resposta, como a capacitação das equipes e a ampliação dos recursos¹⁰.

Não foram encontradas evidências conclusivas sobre como lidar com o abandono do cuidado no acolhimento noturno e/ou melhor planejar as altas, tampouco quais as variáveis relacionadas a este problema^{1,10}. Entendemos que a alta não planejada pode ser um indicativo de que algo precisa ser ajustado ao PTS de cada usuário, para melhorar os resultados do manejo de crises na atenção psicossocial. Nesta perspectiva, este estudo pretende identificar os fatores preditores de alta planejada do acolhimento noturno em um CAPS AD III.

MÉTODOS*Tipo de estudo*

Estudo longitudinal, retrospectivo, documental e de abordagem quantitativa, que buscou caracterizar e identificar preditores relacionados às altas dos usuários com acompanhamento¹³ de todo o processo de cuidado, desde o acolhimento noturno no CAPS AD III até sua alta.

Cenário

Realizado em um CAPS AD III de uma região do município São Paulo, que concentra 11.048 pessoas em situação de rua e possui os maiores espaços públicos de consumo de substâncias¹⁴. A rede de saúde mental deste território é composta por dois CAPS AD III de referência para cuidado em álcool e outras drogas, e um deles é CAPS AD III deste estudo¹⁵. No momento da pesquisa,

contava com nove camas para acolhimento noturno em funcionamento e uma taxa de ocupação mensal entre 87% a 100% (dados do serviço).

Amostra e coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos prontuários de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, admitidas em acolhimento noturno entre junho de 2010 a junho de 2015, e foi realizada de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. O período de coleta foi determinado pelo ano de implementação do acolhimento noturno no CAPS AD III (2010) até o momento que manteve a dinâmica de funcionamento (2015), ano de alternância de gestão.

Foram incluídos 565 prontuários de pessoas com 18 anos ou mais, que permaneceram por no mínimo 24 h em acolhimento noturno. Destes, cinco foram excluídos devido a informações ilegíveis ou incompletas para a maioria das variáveis, totalizando 560 prontuários. Os dados foram extraídos de dois documentos produzidos pelo próprio CAPS AD III: a ficha de admissão do usuário no serviço, ou seja, o primeiro cadastro, e a ficha de acolhimento noturno, que corresponde à entrada no acolhimento noturno de cada usuário.

O instrumento de coleta foi elaborado pelos próprios pesquisadores por meio de formulário online, composto de dados socioeconômicos, questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas e, sobretudo, sobre o período de acolhimento noturno no CAPS AD III. Para avaliar todas as admissões deste período, coletou-se dados do primeiro até o sétimo acolhimento (para aqueles que tiveram), pois apenas 15 usuários possuíam mais que sete admissões. O instrumento foi testado previamente em oito prontuários da amostra selecionados aleatoriamente. Uma vez que o instrumento não sofreu alterações, estes oito registros compuseram a amostra final.

Análise dos dados

Como variável dependente/resposta utilizou-se o tipo de alta, definida pelo CAPS AD III. A alta pode ser classificada como “planejada com equipe”, aquela realizada em conjunto entre usuário e equipe (objetivo inicial de todos os PTS), ou “alta não planejada”, aquelas que ocorreram antes do tempo inicialmente pactuado ou contraindicada pela equipe, classificada nos prontuários como alta a pedido ou evasão. Neste estudo, utilizaremos o termo “saída sem o conhecimento da equipe”, pois evasão remete a uma ideia de fuga, o que não condiz com a permanência voluntária no acolhimento noturno do CAPS AD III e, conseqüente, modelo de atenção psicossocial.

Como variáveis independentes/explicativas utilizou-se aquelas reconhecidas pela prática clínica e pela literatura científica^{1,3,4,7,9,11} como possíveis fatores que podem interferir no tipo de alta: situação de rua (sim ou não), substância consumida (álcool, crack, cocaína e maconha), padrão de uso (nenhum, eventual, semanal ou diário), avaliação médica e de enfermagem para admissão (sim ou não), entrada na cama para desintoxicação (sim ou não), tempo de permanência proposto pela equipe e tempo de permanência final

(numérica), necessidade de suporte hospitalar durante o acolhimento noturno (sim ou não), e internação psiquiátrica anterior (sim ou não). Vale ressaltar que todos estes termos e critérios foram reproduzidos de acordo com o que constava nos anexos dos prontuários do serviço.

A análise quantitativa dos dados se deu pelo pacote estatístico R v.3.5.1 (*R Foundation for Statistical Computing*, Viena, Austria). Foi realizada uma análise descritiva dos dados (frequências relativas, absolutas e médias). Na análise inferencial, optou-se por um modelo de efeitos mistos generalizados para distribuição binomial e para medir a chance de a alta planejada ocorrer, que é adequada a bancos de dados longitudinais. Calculou-se a razão de chance (*odds ratio*) para a alta planejada. Para variáveis numéricas, foi calculado o coeficiente que indica a associação das variáveis, interpretado como a razão de chance da alta ser planejada. Para variáveis categóricas, calculou-se a razão de chance de alta planejada para usuários que possuíam ou não as respectivas categorias (estar em situação de rua ou não, por exemplo). Utilizou-se 95% como intervalo de confiança e p-valor menor ou igual a 0,05 como referência para indicar associação entre as variáveis.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob números de parecer 1.622.202/2016 e 1.645.121/2016, respectivamente.

RESULTADOS

Foram identificadas 1.097 admissões no acolhimento noturno do CAPS AD III que corresponderam a 560 usuários com perfil predominante do sexo masculino (434/77,5%), solteiros (362/71,1%) com média de idade de 40 anos. Com relação à raça/cor, 279 prontuários não continham esta informação, o que representa quase 30% da amostra, o que tornou a descrição dessa variável inconclusiva. Em 763 (69,6%) dos acolhimentos, tratava-se de pessoas em situação de rua, em uso diário de substâncias (882/82,4%) e que tinham como substância de escolha o álcool (277/50,8%) e o crack (241/44,3%). As demais variáveis relacionadas ao uso do acolhimento noturno estão descritas na Tabela 1.

O tempo de acolhimento noturno inicialmente proposto pela equipe foi em média de 14 dias, tanto para os usuários que tiveram ou não alta planejada. O tempo de permanência final dos usuários que não tiveram alta planejada foi em média de quatro dias e dos que tiveram alta planejada, nove dias.

As altas do acolhimento, quando não foram planejadas com a equipe, estavam relacionadas a altas a pedido (318/29,3%) e saída sem o conhecimento da equipe (230/21,1%). A Tabela 2 apresenta o tamanho do efeito (OR - razão de chance) da associação de cada variável explicativa na variável de resposta “alta planejada”.

Identificou-se como fatores preditores associados a altas não planejadas o padrão de uso (quanto mais frequente o uso reduziu em 51,9% a chance de alta planejada), uso de *crack* (45,3% menos chance de alta planejada), estar em situação de rua (40% menos chance de alta planejada do que quem não estava em situação de rua), e cada dia a mais que a equipe propôs para o usuário ficar no acolhimento (redução em 3,6% na chance de alta planejada). Quando a escolha de permanecer mais dias no acolhimento noturno foi do

próprio usuário, esta chance aumentou em 21,4% e associou-se a alta planejada.

Possuir internação psiquiátrica anterior, consumir maconha, álcool e cocaína, passar por avaliação de enfermagem e médica para ser admitido, ser acolhido com objetivo principal de desintoxicação e ter necessidade de suporte hospitalar durante o período em acolhimento, não estavam associados à chance da alta planejada. Essas variáveis desempenharam o papel de controle no modelo múltiplo.

Tabela 1 – Características do acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas. São Paulo/SP, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Padrão de uso de substâncias no momento do acolhimento		
Nenhum	9	0,8
Eventual	86	8,0
Semanal	93	8,6
Diário	882	82,4
Sem informação	27	2,4
Acolhimento com objetivo principal de desintoxicação		
Não	264	24,2
Sim	825	75,7
Sem informação	8	0,7
Necessidade de suporte hospitalar durante o acolhimento		
Não	1.006	91,8
Sim	89	7,9
Sem informação	2	0,1
Alta planejada do acolhimento		
Não	548	50,4
Sim	538	49,5
Sem informação	11	1,0
Reacolhimento		
Não	775	70,7
Sim	321	29,9
Sem informação	1	0,1
Total	1.097	100%

Tabela 2 – Regressão logística com efeitos mistos e razão de chance das variáveis, em correlação com a alta planejada do acolhimento noturno de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. São Paulo/SP, Brasil, 2017.

Variáveis	OR*	Intervalo de confiança 95%		p-valor
Internação hospitalar anterior	1,010	0,907	1,124	0,856
Situação de rua	0,599†	0,414	0,867	0,007
Uso de álcool	1,548	0,968	2,476	0,068
Uso de maconha	1,392	0,630	3,078	0,414
Uso de cocaína	1,152	0,665	1,993	0,614
Uso de <i>crack</i>	0,547†	0,337	0,888	0,015
Avaliação de Enfermagem	1,008	0,622	1,634	0,973
Avaliação Médica	0,992	0,535	1,840	0,980
Acolhimento para desintoxicação	1,238	0,835	1,836	0,288
Tempo de permanência proposto pela equipe	0,964†	0,932	0,996	0,029
Tempo de permanência final	1,214	1,169	1,260	< 0,001
Padrão de uso	0,482†	0,269	0,864	0,014
Necessidade de suporte hospitalar enquanto acolhido				0,136
Não	2,567	1,048	6,291	0,039
Sim, demanda clínica	3,886	1,369	11,032	0,011
Sim, síndrome de abstinência grave	2,008	0,529	7,625	0,306
Sim, demanda psiquiátrica	0,497	0,083	2,988	0,445

*OR, odds ratio. †, valores de OR com p-valor < 0,05.

DISCUSSÃO

Os achados preditores de altas não planejadas do acolhimento noturno do CAPS AD III foram a situação de rua, o uso de *crack* e o padrão de uso frequente. Quanto ao tempo de permanência, este fator teve influência tanto na alta planejada como na não planejada. Esses dados refletem a complexidade que envolve o abandono precoce do cuidado em no acolhimento noturno para além da não “adesão” do usuário ao tratamento, como sugerem outros estudos^{4,7}.

Vale ressaltar que o conceito de adesão ao tratamento definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações de um profissional da saúde” não considera o envolvimento e a participação dos usuários no seu próprio tratamento, bem como reforça o modelo biomédico. Portanto, no contexto saúde mental essa questão deve ser discutida de maneira ampla e diferenciada¹⁵.

Quanto ao fator preditor situação de rua, é conhecida a relação entre o viver/estar na rua com uma maior gravidade dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como as dificuldades da rede de saúde em atender as especificidades dessa população e adaptar o funcionamento dos serviços para responder às suas necessidades¹⁷⁻¹⁸. Estudo que investigou as prioridades deste grupo populacional encontrou que as demandas primordiais foram ter as necessidades básicas atendidas (alimentação, sono, higiene), moradia permanente, seguido do trabalho fixo e, por fim, se dedicar ao tratamento¹⁵. Este também tende a procurar os serviços de saúde de forma urgente, apenas em momentos de crise ou de alterações clínicas de saúde, e da mesma forma, imediatamente solicita a alta quando estas demandas são sanadas¹⁷.

A pesquisa sobre a população em situação de rua do estado de São Paulo mostrou que os principais motivos de as pessoas estarem nesta condição foram os conflitos familiares (40,3%), o desemprego (23,1%) e a dependência de substâncias ilícitas (19%), sendo que, destas, 23,9% faziam uso de *crack* (em média 13 pedras por dia) e 75,7% de outras substâncias¹⁴. Na literatura, encontra-se que o uso de *crack* esta relacionado ao viver em situação de rua e ao consumo de padrão abusivo^{17,19}, entretanto, como no modelo múltiplo tanto o uso de *crack* como a situação de rua tem efeito, percebe-se que esses são dois preditores que possuem associação com a alta não planejada, independente mutuamente.

Há relatos frequentes sobre a não vinculação efetiva de usuários de *crack* em tratamentos nos serviços de saúde mental, em seus diversos modelos, devido ao estigma, à dificuldade de acesso, à falta de abordagens de redução de danos e ao fato do usuário avaliar o tratamento como ineficiente^{6,8,18}, o que denota a característica ainda prescritiva, biomédica e proibicionista do cuidado.

A construção social sobre tornar-se usuário de *crack*, que também vai sendo assumida pelos próprios indivíduos, é apontada pelas pesquisas como um fator que limita as perspectivas e as possibilidades de reabilitação psicossocial e de restabelecimento da vida

em outros cenários, ou seja, este opta por retornar para a cena de uso onde pertence e geralmente retoma o consumo⁶.

Neste sentido, é preciso considerar que, no contexto de um CAPS AD III que acolhe cerca de 70% de pessoas em situação de rua e em uso diário de *crack*, as necessidades básicas e as questões sociais podem ser tão urgentes (ou até mais urgentes) do que os problemas decorrentes do consumo. Isto pode ter impactado na brevidade do acolhimento noturno. Ressaltamos também que a condição da abstinência (exceto de tabaco) para estar acolhido e a consequente desintoxicação, mesmo que esse não seja o objetivo principal do PTS do usuário, pode influenciar nos resultados, sendo esta uma questão relevante para pesquisas futuras. Essa exigência da abstinência é sintomática de um cuidado que não é centrado na redução de danos.

Estudos recentes mostram que o uso problemático de substâncias e a gravidade dos problemas vivenciados impactam no abandono dos cuidados^{3,17}, o que se conclui que quanto mais frequente o padrão de consumo, mais problemas, prejuízos e sofrimentos pode ter o usuário, demandando de cuidados mais intensivos, equipe qualificada com bom manejo de crises, que conduza o PTS de forma conjunta, integral, humana e inclusiva.

Dentre as altas sem planejamento, destaca-se a saída sem o conhecimento da equipe em 21,1% dos casos, o que chama atenção para a ausência e/ou dificuldade de comunicação entre usuários e profissionais, dificuldade de manejo da motivação do usuário – que se depara com o não desejo de continuar em acolhimento noturno, e até mesmo a falta de apropriação do modelo psicossocial, como já apontado por outros estudos^{7,9,19}.

Faz-se necessário estreitar as relações de confiança entre usuários e profissionais, primeiramente para alinhar a função do acolhimento noturno em determinado momento e depois, para garantir a comunicação e a construção de um cuidado comunitário com significado para todos os envolvidos⁹.

Os usuários, neste estudo, passavam por avaliação diária da equipe multiprofissional. No período noturno e aos dias não úteis, eram acompanhados sobretudo pela equipe de enfermagem e, em 87,7% das admissões, a avaliação inicial foi conduzida pelo(a) enfermeiro(a). A enfermagem é potente para exercer papel terapêutico e se aproximar do sujeito em sua integralidade, pois possui estratégias diferenciadas para lidar com a crise no modelo psicossocial⁹.

Alguns fenômenos relacionados à condução do cuidado no acolhimento noturno surgiram no cotidiano da prática dos serviços – não foram previstas durante o seu planejamento, organização e funcionamento^{9,11}. O tempo de permanência é um deles. Este pode ser relativo, a depender da realidade de cada território. No entanto, a portaria que orienta o funcionamento dos CAPS AD III enfatiza que pessoas que necessitem de acolhimento noturno por um período maior que 14 dias no mês devem ser encaminhados para as Unidades de Acolhimento (UA) e, apenas em casos extremos, a equipe pode propor a extensão deste prazo⁵.

Os melhores desfechos ocorreram quando o usuário permaneceu mais tempo em acolhimento noturno, com aumento de cinco dias em comparação com aqueles que não tiveram alta planejada. É necessário, portanto, que equipe e usuários construam conjuntamente os objetivos possíveis para o período em acolhimento, garantindo o direito de escolha do usuário de permanecer ou não, e abrindo um questionamento para estudos futuros - como medir se há associação entre essa possibilidade de escolha e a alta planejada.

Um estudo que analisou o grau de responsabilização e participação dos usuários em tratamento em um CAPS AD concluiu que estes são pouco singularizados e empoderados do seu próprio cuidado. Observaram uma série de indicações-padrão feita pela equipe nos PTS avaliados, sem aprofundar as estratégias para o alcance das metas elencadas. Por fim, demonstraram que os objetivos atribuídos pela equipe não coincidiam com os do usuário²⁰, fator que pode ter ocorrido também com a proposta de acolhimento noturno desse estudo.

Envolver as pessoas em seu próprio cuidado e também nos processos de alta é descrito como um desafio nos serviços de saúde mental, porque requer uma transição de sistemas de saúde tutelares (controle do profissional, temor com a desassistência) para ideais de democratização (cuidado conjunto e não prescritivo)^{21,22}. É preciso ter clareza desta relação de poder/controlar e refletir sobre como ela é executada e o que ela produz na interação entre usuário e profissional, possibilitando, a partir daí, atuações diferentes que mantenham as pessoas ativas, participantes, responsáveis e autônomas dentro de um mesmo propósito²¹.

Um resultado importante, mesmo que sem efeito de associação comprovado no modelo múltiplo, foi a ausência de suporte hospitalar para as pessoas acolhidas em 91,8% das admissões, o que sugere uma efetiva função do cuidado a crise no CAPS AD III, alinhada às estratégias de desinstitucionalização. A assistência integral a usuários de álcool e outras drogas em territórios vulneráveis é desafiadora, mas deve ser

embasada em estratégias de redução de danos com disponibilidade de atendimentos acessíveis e aceitáveis para quem precisa, muitas vezes na própria rua e não dentro dos serviços^{17,19}.

Como limitação deste estudo destaca-se a impossibilidade de generalização dos dados devido ao contexto local da pesquisa. Entretanto, os preditores da alta do acolhimento noturno aqui encontrados podem servir como hipóteses para estudos e práticas futuras em outros territórios semelhantes. Outro limitador foi a fonte de coleta de dados ser somente documental, o que limitou a descrição da população e a identificação de outras variáveis que poderiam influenciar na alta do acolhimento noturno do CAPS AD III. Sugere-se estudos longitudinais que utilizem de informações de autorrelato dos usuários, mensurando dados como qualidade de vida, sintomas e problemas vivenciados, comorbidades, questões relacionadas aos eixos da reabilitação psicossocial, entre outros, para a verificação de fatores associados à melhoria dos desfechos no acolhimento noturno.

CONCLUSÃO

Houve associação entre a alta não planejada do acolhimento noturno do CAPS AD III e estar em situação de rua, em padrão de uso frequente de *crack* e a proposta fixa pela equipe de dias de permanência, sem a participação do usuário. O único fator associado à alta do tipo planejada foi o maior tempo em acolhimento, com a participação do usuário nesta decisão, o que demonstra a potência da construção conjunta do cuidado, essência do PTS.

A alta do acolhimento noturno precisa ser entendida como uma aposta clínica que leva em consideração a pactuação negociada entre profissional e usuário, visando a corresponsabilização do cuidado e a produção de autonomia. Para isso, as reais necessidades da admissão e permanência em acolhimento noturno devem ser compreendidas e reavaliadas diariamente.

REFERÊNCIAS

1. Amaral CE, Campos RO, Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML, et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst.* 2018;12(65):1-14. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8> PMID:30450125 PMID:PMC6208112
2. Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental [Internet].* 2017 [cited 2021 May 15];11(20):226-42. Available from: <https://bit.ly/2Qo170M>
3. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2018;392(10145):409-18. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31470-3)
4. Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y. Effect of case management interventions for patients with substance use disorders: a systematic review. *Front Psychiatry.* 2017;8:51. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00051> PMID:28428761 PMID:PMC5382199
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no.130/GM, 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. 2012 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://bit.ly/3uSBPXF>
6. Brandão TM, Breda MZ, Santos DS, Albuquerque MCS. A necessidade pelo acolhimento noturno em centro de atenção psicossocial: percepções da pessoa que usa drogas. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet].* 2018 [cited 2021 May 15];14(2):84-91. Available from: <https://bit.ly/3w0CSoy>
7. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertonecello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016;20(3):e20160059. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>
8. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Paraná. *Saúde Debate.*

- 2016;40(109):86-99. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>
9. 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):e20170964. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0964> PMID:32049222
 10. Onocko-Campos R.T Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(11):e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156119> PMID:31691783
 11. Boska GA, Oliveira MAF, Claro HG, Araujo TSG, Pinho PH. Night beds in Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs: analysis and characterization. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Sup 5):2251-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0149> PMID:30365791
 12. Moura AS. Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD. [Masters Dissertation]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-graduação de Gestão da Clínica; 2014 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://bit.ly/3eNK0ic>
 13. Fletcher RH, Fletcher S, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 280 pp.
 14. Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS [SP]. 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; 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://bit.ly/3weR1Pb>
 15. Wijk LB, Mângia EF. O cuidado a pessoas em situação de rua pela rede de atenção psicossocial da Sé. *Saúde Debate.* 2017;41(115):1130-42. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>
 16. Alvarez P, Rosendo E, Alchieri J. Aplicabilidade do conceito de adesão ao tratamento no contexto da saúde mental brasileira. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(spe):54-60. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300008> PMID:27384276
 17. Mota DCB, Silveira CM, Siu E, Gomide HP, Guerra LHA, Ronzani TM, et al. Estimating service needs for alcohol and other drug users according to a tiered framework: the case of the São Paulo, Brazil, Metropolitan Area. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2019(Sup 18):87-95. <https://doi.org/10.15288/jsads.2019.s18.87> PMID:30681952 PMID:PMC6377023
 18. Rossi CCS, Tucci AM. Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicol Soc.* 2020:e170161. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32170161>
 19. Almeida RBF, Santos NTV, Brito AM, Silva KSB, Nappo SA. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. *Interface (Botucatu) [Internet].* 2018;22(66):745-56. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0940>
 20. Femdal I, Knutsen IR. Dependence and resistance in community mental health care-negotiations of user participation between staff and users. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2017;24(8):600-9. <https://doi.org/10.1111/jpm.12407> PMID:28627082
 21. Santos JM, Baptista JA, Nasi C, Camatta MW. Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180078. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180078>
 22. Jesus ML, Jucá VJS, Nunes MO. Significados sobre alta construídos em centros de atenção psicossocial no Brasil. *Psic Saúde Doenças.* 2018;19(2):310-22. <https://doi.org/10.15309/18psd190212>

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: GAB, RSF
Análise e interpretação dos dados: GAB, HGC, RSF
Coleta de dados: GAB, MAFO
Redação do manuscrito: GAB, RSF, HGC, POL
Revisão crítica do texto: POL, MSFO, HGC
Aprovação final do manuscrito*: GAB, RSF, HGC, POL, MSFO
Análise estatística: Não se aplica
Responsabilidade geral pelo estudo: GAB

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.