

SILUANE DOS SANTOS

**PERFIL DE USUÁRIOS REINGRESSANTES NO ACOLHIMENTO NOTURNO: subsídios
para avaliação em saúde mental**

Artigo apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Gestão de
Negócios e Serviços em Saúde da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Prof^ª.Ms. Michele Malta

São Leopoldo
2016

PERFIL DE USUÁRIOS REINGRESSANTES NO ACOLHIMENTO NOTURNO: subsídios para avaliação em saúde mental

Silvane dos Santos*

Michele Malta**

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter quantitativo e qualitativo descritivo, realizado em um CAPS ad III, por meio de análise documental de dados secundários, cujo objetivo principal foi caracterizar o perfil de usuários que reingressaram na permanência 24 h do CAPS ad III, a fim de propor indicadores para avaliação da modalidade terapêutica. Com relação ao perfil, a maioria é do sexo masculino (86%), com média de idade de 41 anos, branco (39%), solteiro (61%), com nível fundamental incompleto (57%), usuários de múltiplas drogas (68%) e não desenvolvem atividade laboral (46%). O estudo ainda constatou que 61% dos usuários possuem residência e 39% estão em situação de rua. Na variável diagnóstico, predominaram os transtornos de humor (38%) e a hipertensão arterial (29%). Com relação ao acolhimento noturno, o número de dias na permanência se deu entre 11 e 14 dias, 55% dos usuários tiveram alta melhorada, 34% solicitaram alta a pedido, 6% foram transferidos e 5% evadiram. Os pacientes que permanecem por maior tempo têm em média 13 dias e possuem alta melhorada, a evasão normalmente ocorre em torno do 7º dia e o retorno ao serviço após a alta se dá em até três dias. Os achados subsidiaram a confecção de uma matriz de avaliação e um escore de predisposição para o reingresso no acolhimento noturno. Espera-se que o estudo possa contribuir com o processo de reflexão sobre a necessidade de ações voltadas para o monitoramento e avaliação em saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental, CAPS ad III, acolhimento noturno, indicadores.

* Enfermeira. Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Especialista na modalidade Residência Integrada em Saúde- Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva. Aluna do MBA Gestão de Negócios em Saúde, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

** Enfermeira. Mestre em Medicina, Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Especialista em Gestão de Riscos e Segurança Hospitalar pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças significativas no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, entre as quais a criação de uma rede de serviços substitutivos, ampliando os espaços de assistência para além do confinamento e da internação hospitalar (AMARANTE E CRUZ, 2008). Tais mudanças modificaram profundamente o cuidado em saúde mental, originando inovações assistenciais, as quais necessitam de instrumentos que auxiliem no monitoramento, na avaliação e nos processos de gestão.

O confinamento predominou durante muitos anos como forma hegemônica de cuidado em saúde mental. Tal prática, por vezes de longa duração, parecia não só excluir o sujeito do convívio social, mas também anular suas potencialidades e necessidades. Avaliar e monitorar os resultados do cuidado em saúde mental talvez não fizesse sentido, já que o próprio sujeito não era reconhecido como alguém de direitos e merecedor de cuidado digno.

Movimentos em prol da mudança no Brasil, impulsionados pela Reforma Psiquiátrica, deram origem a novos serviços, amparados por um conjunto de legislações, que auxiliaram na garantia dos direitos e do cuidado humanizado das pessoas com sofrimento psíquico. A mudança de paradigma se materializou na criação dos centros de atenção psicossocial, considerados os principais dispositivos para efetivação da Reforma Psiquiátrica. Neste momento, diversificaram-se as ações assistenciais, as quais passaram a considerar o cotidiano de vida e a singularidade do sujeito, pertencente a um território que oferece o transitar por uma rede de serviços, em prol da resolutividade e da integralidade (BRASIL, 2004).

Assim, o campo da saúde mental adquire complexidade, justificada pela diversidade de recursos e pelo perfil de usuários com sofrimento psíquico, incluindo aquele decorrente do uso de álcool e outras drogas. Os olhares se voltam para as formas de cuidar, especialmente com relação aos Centros de Atenção psicossocial (CAPS), considerados os principais serviços substitutivos de efetivação da Reforma Psiquiátrica. Porém, ao que parece, a rotina de monitoramento e avaliação não acompanhou as inovações assistenciais.

Em relatórios de gestão, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, é comum encontrar informações baseadas em indicadores de cobertura dos serviços, nos investimentos financeiros e descritivos sobre o funcionamento dos pontos de atenção. Porém, é preciso refletir sobre a qualidade dos serviços e averiguar se estão atendendo os objetivos terapêuticos esperados e sendo efetivos no acompanhamento e tratamento dos usuários. O cotidiano do trabalho em um Centro de

Atenção Psicossocial álcool e drogas 24h (CAPS ad III) sinalizam de forma empírica, a necessidade de ferramentas que promovam reflexões sobre a qualidade e efetividade do serviço, especialmente com relação ao acolhimento noturno. Qual seria o impacto desta modalidade terapêutica no plano de cuidados do usuário? Tal pergunta não é de simples e rápida resposta, porém provoca inquietações e movimentos na busca de informações, especialmente dos usuários que reingressam nesta modalidade terapêutica.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo principal conhecer o perfil dos usuários que reingressaram no acolhimento noturno de um CAPS ad III, durante o ano de 2015, a fim de propor ferramentas para auxiliar no monitoramento e na avaliação desta modalidade assistencial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Do Movimento da Reforma Psiquiátrica à constituição da RAPS

A Reforma Psiquiátrica impulsionou mudanças no tratamento e no acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico, entre elas a ampliação das possibilidades de cuidado, com a criação de diferentes serviços de base territorial.

Durante um longo período, as pessoas com sofrimento psíquico tinham como única possibilidade de tratamento a internação psiquiátrica, a qual ocorria em instituições caracterizadas como “totais”, por promoverem a privação da liberdade, das possibilidades de viver e do desenvolvimento de potencialidades (GOFFMAN, 2001), favorecendo o processo de cronificação e de construção enquanto sujeito, condenando a pessoa com sofrimento psíquico a morte em vida (GRADELLA, 2002).

O sofrimento e a negligência dos direitos, especialmente com relação ao tratamento digno e de qualidade ganharam voz no movimento da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu em nível mundial e trouxe grandes repercussões para a área da saúde mental. No Brasil, o movimento teve início na década de 70, com denúncias da precariedade dos hospitais psiquiátricos em prol de uma assistência digna e inclusiva e provocaram o fechamento de muitos leitos psiquiátricos, paralelo à criação de novos serviços, dispostos no território (AMARANTE E CRUZ, 2008).

Com a expansão dos serviços de base territorial, os hospitais psiquiátricos deixam de ocupar o centro do tratamento em saúde mental, na tentativa de diminuir a reinternação hospitalar, decorrente de fatores como a dificuldade de acesso ao tratamento, à deficiência do atendimento à

crise e as comorbidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BEZERRA E DIMENSTEI, 2016).

A estruturação de uma rede de serviços, capaz de garantir o acompanhamento efetivo e integral das pessoas com sofrimento efetivo, ampliou o cuidado em saúde mental não só para as unidades de saúde, mas para outros espaços originando a Rede de Atenção Psicossocial, na tentativa de ampliar, organizar e articular os fluxos entre os serviços, garantir o acesso das pessoas com sofrimento psíquico, incluindo as necessidades decorrentes do uso drogas, promovendo o acompanhamento contínuo, a reinserção social, a reabilitação psicossocial, a intersetorialidade e a educação permanente dos profissionais. A RAPS é composta por diversos serviços, de níveis e complexidade distintos, entre os quais as unidades básicas de saúde, os consultórios na rua, os serviços de urgência e emergência, os hospitais, as unidades de acolhimento, os serviços de residenciais terapêuticos e os CAPS (BRASIL, 2011).

2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

Os CAPS são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizados como abertos e comunitários, que ofertam tratamento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, pertencentes a uma área adscrita. As ações terapêuticas contemplam projetos terapêuticos que levam em consideração a singularidade das pessoas e exigem ações que acionem os diversos dispositivos que compõe as redes de atenção do território, a fim promover a reinserção social, comunitária e o fortalecimento das relações familiares (BRASIL, 2004). O processo de regulação de leitos em hospitais gerais também está no arcabouço de responsabilidades do CAPS, o qual deve ser a porta de entrada e o ponto organizador da assistência em saúde mental (BRASIL, 2011).

Tais dispositivos variam em modalidade, complexidade e abrangência populacional, sendo o CAPS ad III, um serviço para regiões com população acima de 200 mil habitantes, destinado para atendimento de usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, com funcionamento 24h, diariamente inclusive nos finais de semana (BRASIL, 2002).

O CAPS ad III pertence à rede de serviços especializados da RAPS e oferece diversas possibilidades terapêuticas, entre as quais os atendimentos individuais, a possibilidade de medicação assistida, grupos e oficinas terapêuticas, atendimento familiar, atividades de reabilitação psicossocial, ações de fortalecimento e protagonismo de usuários e familiares, dispondo ainda de leitos para acolhimento noturno, com permanência por até 14 dias, cujo ingresso se dá mediante critérios clínicos, entre os quais a necessidade de desintoxicação, observação, repouso e a proteção (BRASIL, 2012 a).

Em relação aos leitos de acolhimento noturno do CAPS AD, a existência é recente e os critérios de ingresso não são claros, porém o dispositivo é considerado um avanço assistencial no acompanhamento dos usuários e na diminuição das internações hospitalares (SOUZA, 2013).

Andrade e Ronzani (2014) referem que as ações direcionadas ao uso de drogas no Brasil ficavam restritas aos serviços especializados, e na falta destes, muitos Estados ficavam sem locais de referência para o tratamento em saúde mental. Graças às ações do Ministério da Saúde nos últimos anos, a atenção ao sofrimento psíquico, incluindo as necessidades relacionadas ao uso e abuso de drogas, foi estendido para outros serviços de saúde, inclusive para as unidades de saúde da atenção básica.

Apesar da ampliação dos espaços de cuidado, o desafio para muitos municípios é garantir a efetividade da assistência extra-hospitalar, especialmente na área da dependência química, onde se tem constado aumento dos gastos com as internações (GALLASSI, ELIAS, ANDRADE, 2008).

Tal apontamento sugere a importância de ações por parte da gestão, nos seus diferentes níveis, destinadas para avaliar e monitor os serviços que compõe a RAPS, em especial os CAPS, que possuem papel de destaque no trabalho em rede. Os dispositivos que compõe a atenção extra-hospitalar tem capacidade de evitar a internação em hospitais psiquiátricos, impedindo o fenômeno da porta giratória, caracterizado pelo ciclo internação-alta-reinternação, onde a família e o próprio sujeito vislumbram o hospital como única alternativa de tratamento (PARENTE ET AL, 2007).

Tanto a RAPS, quanto os serviços, precisam ser monitorados e avaliados, não só para averiguar se estão contribuindo para evitar a internação hospitalar, mas para averiguar se de fato estão atendendo as demandas e necessidades dos sujeitos e operando conforme as diretrizes assistenciais estabelecidas. A própria legislação que regulamenta a RAPS, reafirma a necessidade monitorar a avaliar a qualidade dos serviços, com o uso de indicadores (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a magnitude deste processo, o trabalho se propõe a problematizar os reingressos na modalidade de Acolhimento Noturno dos CAPS ad III, pelo fato de remeterem ao fenômeno da porta-giratória das reinternações, na medida em que oferta cuidados nas 24h, por até 14 dias. Sendo o CAPS ad III um dispositivo da RAPS, sua avaliação também poderá apontar fragilidades da própria rede de atenção extra-hospitalar.

2.3 Avaliação e monitoramento na saúde mental

Os indicadores são ferramentas indispensáveis para os processos de monitoramento e avaliação, pois representam um momento de um sistema, o qual se deseja compreender, comparar, prever,

melhorar ou inovar. Com relação ao desempenho, os indicadores demonstram se a performance de um determinado sistema está em acordo com o padrão estabelecido (PENSCHEON, 2007).

Furtado e cols (2013) ao abordarem a temática dos indicadores, sinalizam o uso dos mesmos em menor escala na área da saúde mental, quando comparado com outras áreas, tendo em vista a dificuldade de constituir parâmetros devido à diversidade de atores e dos espaços de cuidado, e a subjetividade das pessoas com sofrimento psíquico que exige ações assistências personalizadas. Tais fatores produzem dificuldades para sistematização e objetividade que os processos de avaliação quantitativos ou qualitativos exigem.

A avaliação, além do seu caráter técnico, tem um papel político na medida em que pode potencializar as novas práticas de cuidado, promovendo reflexões sobre as mesmas, com o objetivo de identificar conformidades com as diretrizes de cuidado propostas pela Reforma Psiquiátrica (WETZEL E KANTORSKI, 2004).

Mas antes de se pensar em instrumentos de avaliação, é preciso garantir os meios para subsidiarem tal processo. Um fator de grande relevância é a disponibilidade das informações, geralmente encontradas nos registros clínicos das ações assistenciais, os quais frequentemente apresentam falhas, seja pela tensão gerada pela equação demandas versus tempo disponível para atendimento, seja pela ideia do profissional da saúde de que o tempo destinado aos registros seria mais bem aproveitado com a assistência direta ao paciente (SHOUT E NOVAES, 2007).

As falhas nos registros também geram repercussões negativas nos bancos de dados nacionais, ocasionando a subnotificação de informações valiosas para o monitoramento da doença mental. Ao analisar os registros destas patologias no Sistema de Informação da Atenção Básica, Souza (2014) constatou importante deficiência capacidade de identificar casos de transtorno mental, onde aproximadamente 0,5% dos casos esperados foram registrados, estimando que mais de 2,5 milhões de pessoas com doença mental não foram registradas.

Para garantir a disponibilidade e captura da informação, muitas instituições têm apostado na informatização, inclusive as pertencentes à gestão. O livre acesso aos portais governamentais têm facilitado as ações de monitoramento e comparativos entre os serviços, mas ainda se faz necessárias ações institucionais para valorização da informação (SHOUT E NOVAES, 2007).

Não basta somente informação de qualidade, é preciso ainda escolher ferramentas que caracterizem os serviços de saúde mental de base territorial, indo além dos indicadores mais usuais, geralmente compatíveis com o modelo hospitalar. Muitos estudos mensuram o funcionamento do serviço, não atingindo a singularidade, o trabalho em rede e a relações terapêuticas estabelecidas no cotidiano entre os diferentes atores envolvidos no cuidado (CARVALHO E AMARANTE, 1996).

Para traduzir tais aspectos, os autores anteriormente citados sugerem como indicadores o grau de autonomia dos sujeitos, a intercomunicação entre os serviços da rede, as ações profissionais desenvolvidas de forma interdisciplinar e o número de assembleias envolvendo a equipe e os usuários.

Em se tratando do monitoramento e avaliação dos CAPS ad III, também são descritos estudos que apontam para a efetividade do serviço caracterizando-o como uma estratégia relevante no cuidado das pessoas que fazem uso abusivo de drogas (SILVA, 2009), assim como estudos sinalizando distanciamento das práticas assistenciais realizadas com relação às diretrizes de cuidado preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, indicando a necessidade de qualificar os trabalhadores desta área com relação aos projetos técnicos institucionais (FIGUEIREDO, 2007; BARBOSA, 2013).

Apesar da escassez de estudos avaliativos da assistência ofertada nos CAPS, os relatórios de gestão no nível nacional demonstram aumento gradativo do número destes serviços desde o ano de 1998, com taxa anual de crescimento estável, chegando a 0,86 CAPS/mil habitantes em 2014. Os achados reforçam a reorientação do modelo de atenção do cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, incluindo as demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Além do aumento do número de serviços, o Ministério da Saúde também está buscando qualificar as informações com a implantação do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), com o objetivo de melhorar a captação das ações assistenciais dos serviços que operam em redes de atenção, incluindo os CAPS (BRASIL, 2012 b). Tal mudança poderá contribuir para a criação de uma matriz de indicadores, definir padrões assistenciais e estabelecer comparativos de serviços, dando novos rumos ao monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental.

Apesar dos esforços no nível nacional e da existência de estudos, o tema ainda carece de maior número de pesquisas envolvendo os CAPS. O cotidiano demonstra, de forma empírica, que os serviços ainda precisam avançar na avaliação das ações realizadas, sem o temor de que isso possa engessar ou minimizar os resultados. É preciso dar visibilidade não só aos desfechos assistenciais, mas avaliar as modalidades ofertadas, para verificar se de fato, está atendendo as demandas e necessidades das pessoas acompanhadas e ainda, se a rede está sendo utilizada para evitar a dependência do serviço. Diante de tal necessidade, o presente estudo pretende sugerir indicadores que possam contribuir com a avaliação da modalidade do acolhimento noturno a partir do levantamento do perfil das pessoas que reutilizaram esta modalidade terapêutica do CAPS ad III.

3 MATERIAL (IS) E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo revisão documental, de caráter quantitativo e qualitativo descritivo, o qual foi realizado em um CAPS ad III, do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de análise documental de dados secundários.

A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2016, período em que foram revisados o livro de registros do acolhimento noturno, o banco de dados do serviço e os arquivos dos Registros Ambulatoriais de Ações em Saúde (RAAS). Os dados foram transcritos e organizados em um banco de dados elaborado pela autora, com o uso do programa Excel, sendo calculada a frequência absoluta (n) e relativa (%), com posterior análise descritiva das variáveis selecionadas.

A amostra foi composta por 65 situações de reingresso no acolhimento noturno, realizadas por 28 usuários ocorridas no período de janeiro a dezembro de 2015, período que caracteriza o critério de inclusão no estudo. O perfil dos usuários foi avaliado de acordo com as variáveis: idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, situação laboral, moradia, diagnóstico, tipo de alta, tempo de permanência e data de retorno ao serviço após a alta. As variáveis foram agrupadas com identificadores numéricos, garantindo assim a preservação da identidade dos envolvidos, a fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa com revisão documental.

4 RESULTADOS

No ano de 2015 ocorreram 226 ingressos no Acolhimento Noturno, realizados por 189 usuários. Com relação ao reingresso, foram constatadas 65 situações, representando 78%, as quais foram realizadas por 28 usuários, conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Reingressos no Acolhimento Noturno, Rio Grande do Sul, 2016.

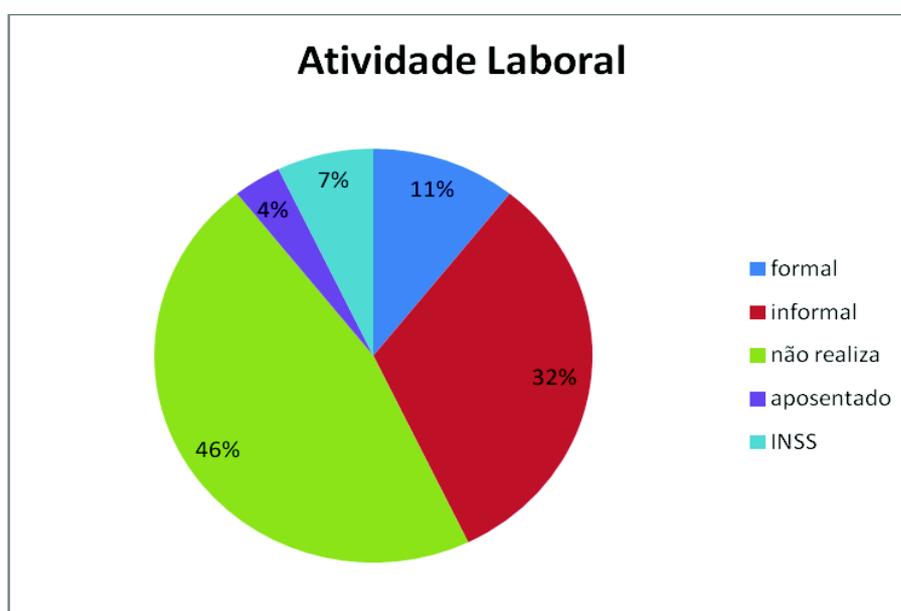
Nº de reingressos	N	%
2 x	22	78
3 x	4	14
4 x	1	4
5 x	1	4

O estudo constatou que 86% (24) dos usuários selecionados são do sexo masculino, 11% (03) do sexo feminino e 3% (01) pertencem à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e

Transexuais (LGBT). A faixa etária variou de 24 a 64 anos, com média de idade de 41 anos. Quanto à cor, a maioria dos usuários é da cor branca (39%) (11), e em segundo lugar aparece a cor preta (32%) (09). O estado civil predominante é o solteiro (61%) (17), seguido de separado (25%) (07).

Na variável escolaridade, há predominância do nível fundamental incompleto (57%) (16), em segundo o nível fundamental completo (18%) (05). Na variável moradia, 61% (17) dos usuários possuem residência e 39% (11) estão em situação de rua. Na categoria atividade laboral 46% (13) dos usuários não realizam atividade laboral e 32% (09) desempenham atividades informais, conforme mostra o Gráfico 1.

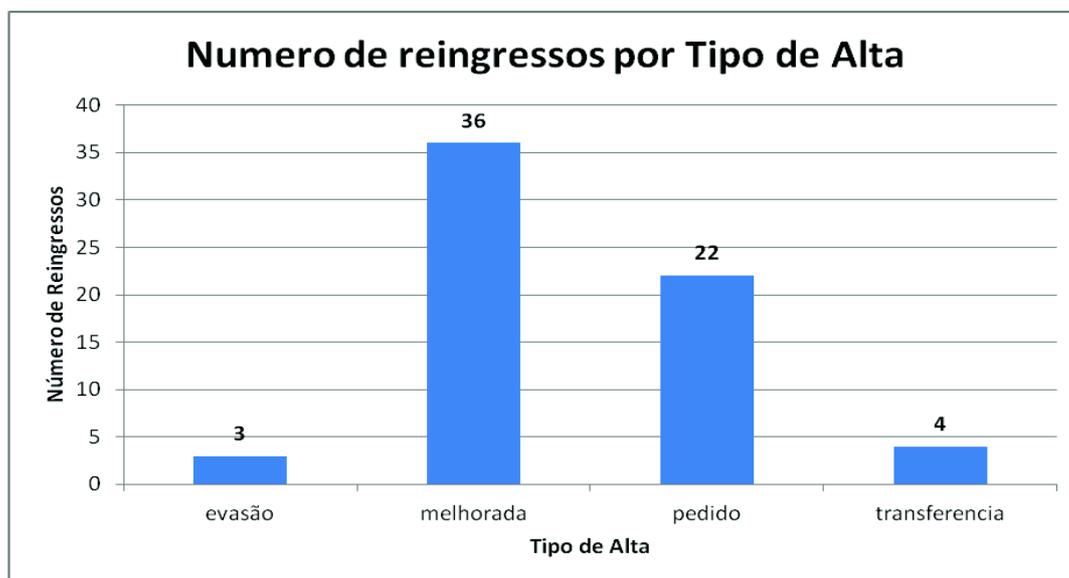
Gráfico 1: Atividade Laboral, Rio Grande do Sul, 2016.



Com relação transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas, 68% (19) dos usuários são dependentes de múltiplas drogas, 14% (04) são dependentes do álcool e em igual valor, aparecem os usuários dependentes de crack/cocaína. Os transtornos mentais foram diagnosticados em 61% (17) dos usuários, com predominância dos transtornos de humor (38%) (05). Com relação às doenças clínicas, 54% (15) dos usuários possuem patologia clínicas, destacando-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 31% (05), a Asma 19% (03), o HIV e a Hepatite, ambos com 13% (02). Em se tratando do acolhimento noturno, a maioria dos usuários permanece entre 11 e 14 dias e em 8% (40) das situações de reingresso, os usuários necessitaram ampliar o tempo de permanência, conforme o Gráfico 2:

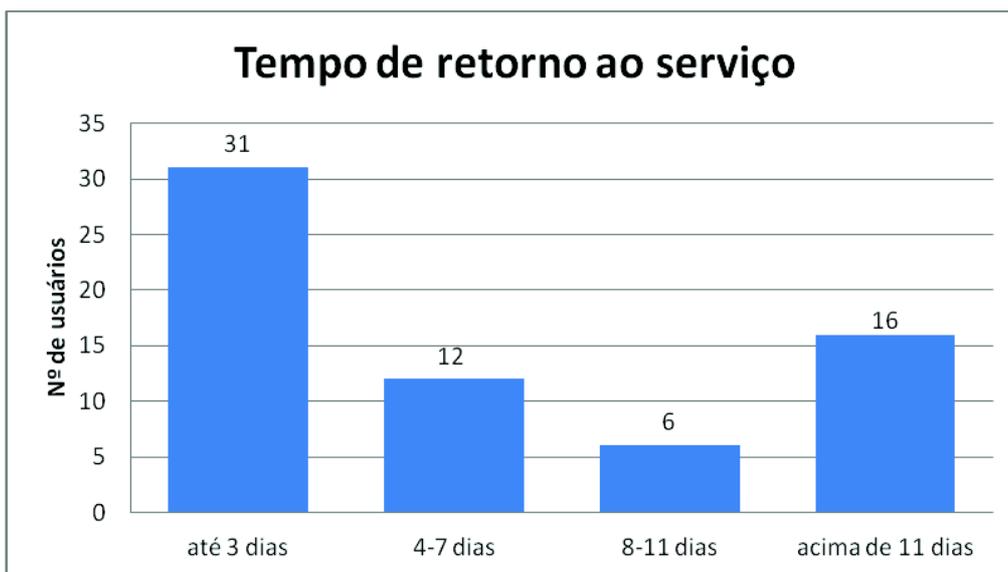
Gráfico 2 - Tempo de Permanência no Acolhimento Noturno, Rio Grande do Sul, 2016

Com relação ao tempo de permanência, 55% (36) das situações de ingresso foram finalizadas com o cumprimento do número de dias programados na entrada, 34% (22) foram interrompidas a pedido do usuário, 6% (04) por transferência, 5% (03) evadiram do serviço, de acordo com o Gráfico 3.

Gráfico 3- Número de reingressos em relação ao tipo de alta, Rio Grande do Sul, 2016.

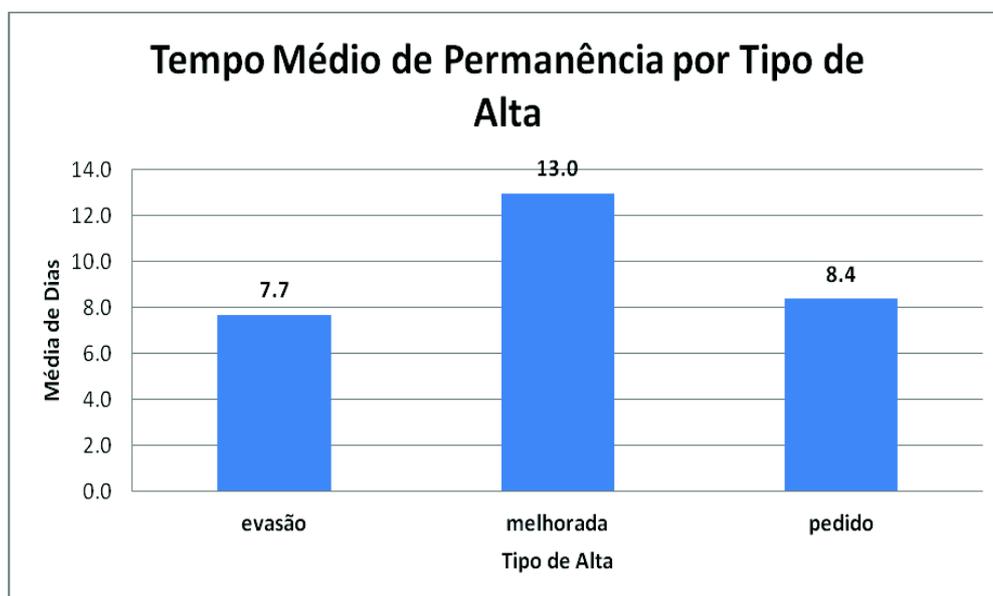
Após o término do período na modalidade de Acolhimento 24h, em 31 reingressos, os usuários retornaram em até 03 dias ao serviço, de acordo com o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Tempo de retorno ao serviço após alta, Rio Grande do Sul 2016.



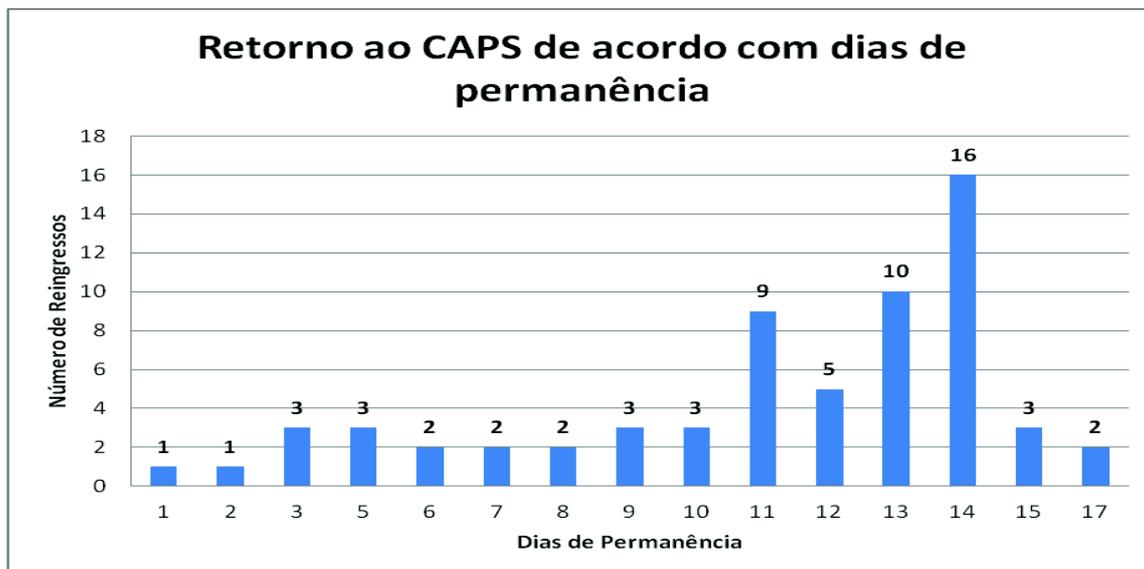
Quando comparados os pacientes em relação ao tempo de permanência no serviço, observa-se que os pacientes que permanecem por maior tempo têm em média 13 dias e possuem alta melhorada, reforçando a importância da qualidade do processo assistencial. Com relação à evasão, normalmente ocorre em torno do 7º dia de permanência no acolhimento noturno. Tais constatações estão sinalizada no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Relação entre Tempo Médio de Permanência e Tipo de Alta, Rio Grande do Sul, 2016.



Observa-se no Gráfico 6 que os pacientes que permaneceram acima de 15 dias foram os que reingressaram menos, da mesma forma que os pacientes que permaneceram abaixo de 8 dias. No entanto, esta relação é multicausal, não podendo-se afirmar que existe relação entre tempo médio de permanência e reingresso.

Gráfico 6 - Associação entre a média de permanência e reingresso, Rio Grande do Sul, 2016.



5 DISCUSSÃO

A primeira constatação de relevância se refere ao percentual de reingressos encontrados (78%) (65). Em estudo sobre o uso do leito de acolhimento noturno de um CAPS ad III, em um período de 11 meses, foram identificados 315 acessos, realizados por 167 usuários, evidenciando a ocorrência de reingressos (MOURA, 2015).

Fatores como a gravidade e ou cronicidade dos sintomas, as múltiplas demandas que permeiam a dependência química e a fragilidade da RAPS, com relação à composição de serviços e ou ineficiência dos mesmos, podem contribuir para o reingresso. Por outro lado, nota-se a importância da disponibilidade desta possibilidade terapêutica, tendo em vista que promove a autonomia do sujeito e a continuidade do vínculo familiar, ambos prejudicados pela internação de longo prazo (OKASAKIL ET AL, 2010).

Com relação ao perfil de usuários reingressantes no acolhimento noturno, o estudo constatou que 86% (24) são do sexo masculino, com média de idade de 41 anos, da cor branca (39%) (11), solteiros (61%) (17), com o nível fundamental incompleto de escolaridade (57%) (16), não desenvolvem atividade laboral (46%) (13) e são usuários de múltiplas drogas (68%) (19).

Os achados são semelhantes ao estudo de Moura (2015) sobre o perfil dos usuários que acessam o leito de acolhimento noturno, encontrando a predominância de homens (77,25%), solteiros (46,11%), na faixa etária entre 31 e 40 anos (36,53%), com ensino fundamental incompleto (40,12%), desempregados (51,50%) e usuários de múltiplas drogas (53,89%).

Algumas variáveis se assemelham à pesquisa de Carvalho, Silva e Rodrigues (2010) ao analisar a população de de um CAPS ad, onde a maioria era do sexo masculino (85%), com média de idade 41,9 anos, solteiros (60%) e com 3 a 7 anos de estudo (42,6%).

Na variável moradia, 61% (17) dos usuários possuem residência e 39% (11) estão em situação de rua, aproximando-se do estudo de Moura (2015), onde 34,13% dos usuários que acessaram leitos de acolhimento noturno estavam em situação de rua. A autora também ressalta que estas pessoas possuem necessidades diferenciadas, tendo em vista a vulnerabilidade presente. A autora ainda constatou maior prevalência das alterações de humor (29,97%) na mesma população, corroborando com este estudo, onde os transtornos de humor também foram predominantes (38%) (05).

A definição do diagnóstico em saúde mental não é dominante na definição dos planos terapêuticos, porém pode auxiliar nas estratégias de cuidado e contribui para as avaliações epidemiológicas destes transtornos na população (CARVALHO, SILVA, RODRIGUES, 2010).

Com relação às demais doenças, 54% dos usuários possuem patologia clínicas, sendo a de maior predominância a HAS (31%) (05), seguido da Asma 19% (03), o HIV, e Hepatite, ambos com 13% (02).

Carlini (2001) ressalta que indivíduos usuários de álcool, crack, maconha e nicotina podem apresentar com frequência problemas cardiovasculares, entre eles a hipertensão arterial. Segundo o autor, o uso que o uso crônico da maconha e do tabaco podem acarretar problemas respiratórios.

A prevalência do HIV (16%) em estudo de usuários de drogas não injetáveis foi considerada elevada, e a relação heterossexual desprotegida (82% em homens e 85% em mulheres) foi apontada como principal situação de exposição ao vírus (PECHANSKI ET AL, 2001).

Em se tratando do acolhimento noturno, a maioria dos usuários permaneceu entre 11 e 14 dias, aproximando-se do período máximo de 14 dias, preconizado pela legislação. Com relação ao tempo de permanência, 55% (36) dos usuários cumpriram o tempo de ingresso acordado, caracterizando a alta melhorada, 34 % (22) foram interrompidas a pedido do usuário, 6% (04) foram transferidos e 5% (03) evadiram da modalidade.

Números aproximados foram encontrados na caracterização de pacientes internados em uma unidade de reabilitação para dependência química. Com relação à alta, 55,4% foram clínicas, 29,4% altas a pedido, 5,7% evasão e 3,2% por transferência (FERREIRA ET AL, 2012).

O CAPS ad III se caracteriza como um serviço aberto, que busca a co-responsabilização do usuário no tratamento, apoiando suas decisões e reconhecendo sua autonomia. Tais aspectos podem ser relacionados com a condição de alta a pedido, a qual não deve ser entendida como fracasso, mas sim como respeito ao desejo do usuário. Com relação à visão do usuário de drogas, Queiroz (2007)

observou que apenas 11,7% dos trabalhadores de uma unidade de saúde consideram o usuário de drogas um cidadão com direito e com poder de escolha a ser respeitado, postura que pode prejudicar o vínculo e acompanhamento dos mesmos.

Após o término do período na modalidade de Acolhimento 24h, em 31 situações de reingresso, os usuários retornaram em até 03 dias ao serviço, podendo ser considerado este resultado sinônimo de vinculação do usuário, tendo em vista que o CAPS ad III amplia as possibilidades e tempo de cuidado. O dispositivo facilita o acompanhamento do usuário durante o período de menor convívio social e aproxima o mesmo da equipe, possibilitando a atenção à crise e integralidade (MOURA, 2015), permitindo a avaliação das estratégias no cotidiano e evitando a internação hospitalar (SOUZA, 2013).

Com relação aos vínculos, é de conhecimento que a dependência provoca rompimentos e fragilidade das relações, restando o CAPS ad como principal e ou única rede de apoio dos usuários. Para garantir o fortalecimento deste laço, é preciso sensibilizar e capacitar os profissionais no engajamento da proposta da Reforma Psiquiátrica, pois o estabelecimento do modelo psicossocial ainda é recente e muitos profissionais tiveram sua formação voltada para o modelo médico e hospitalocêntrico, fato que pode prejudicar a qualidade das relações de cuidado (SOUZA, KANTORSKI, MIELKE, 2006).

Em se tratando do retorno ao serviço após a alta do acolhimento noturno, o estudo constatou que em 31 situações, os usuários retornaram ao serviço em até três dias, sugerindo possuir bom vínculo com o serviço. Ferreira et al (2015) ao analisar os fatores que interferem na adesão ao tratamento da dependência química, cita entre os fatores o acolhimento inicial e o vínculo entre profissional e paciente, o qual é desejável que seja livre da violência e do preconceito social.

A alta a pedido pode ter relação com a baixa adesão ao tratamento para dependência química em serviços extra-hospitalares apontada em estudos, sugerindo como fatores causais o comportamento compulsivo pela droga (PAWLINA ET AL, 2016) e a motivação do usuário no tratamento (FERREIRA ET AL, 2012).

5.1 Proposições para a avaliação e monitoramento do Acolhimento Noturno

Considerando a necessidade da Avaliação de Serviços e o Perfil do Acolhimento Noturno propõe-se a seguinte matriz de avaliação:

Indicadores		Tipo
Escore de Predisposição para Reingresso >= 1*	Segurança	Predisposição
Tempo Médio de Permanência no CAPS (Acolhimento Noturno)	Eficiência	Processo
Taxa de Reingresso por Tipo de Alta	Eficiência	Processo
Taxa de Reingresso	Eficiência da alta Eficiência da Rede	Desfecho

O Escore de Predisposição foi calculado a partir do estudo, com as variáveis da tabela abaixo e para aqueles pacientes que reingressaram com maior frequência a pontuação do escore é predisponente para reingresso e pode ser trabalhado na admissão no acolhimento noturno.

Escore de Predisposição para Reingresso - Avaliação Inicial		
Fator	Pontuação Ponderada	Fr.
Idade (acima de 35 anos)	0.2	39
Sexo (masculino)	0.3	57
Escolaridade (ensino fundamental)	0.1	17
Atividade Laboral (não realiza)	0.1	13
CID (19.2)	0.3	44
Total		170

5 CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica trouxe avanços significativos na assistência em saúde mental no Brasil, especialmente com relação a diversidade de serviços que ofertam diferentes possibilidades terapêuticas, entre os quais os CAPD ad III, por sua retaguarda de atendimento ofertada nas 24h do dia, na forma de acolhimento noturno. Com relação ao perfil dos usuários que reingressaram nesta modalidade terapêutica, o estudo constatou que a maioria é do sexo masculino, com média de idade de 41 anos, se autodeclara da cor branca, solteiro, com nível fundamental incompleto, não desenvolve atividade laboral, possui endereço residencial e faz uso de múltiplas drogas. Os diagnósticos predominantes nesta população foram os transtornos de humor e a hipertensão arterial.

Na análise das variáveis relacionadas ao acolhimento noturno, o tempo médio de permanência ficou entre 11 e 14 dias, com predominância da alta melhorada no 13º dia, a pedido no 8º dia e por evasão no 7º dia. A maioria dos usuários retornou em até três dias após a finalização do período na modalidade, não sendo encontrada relação causal direta entre tempo médio de permanência e reingresso.

O levantamento de informações subsidiaram a construção de uma matriz de avaliação e a sugestão de um escore de fatores de maior predisposição para o reingresso no acolhimento noturno, visando auxiliar no monitoramento e avaliação do acolhimento noturno. As informações obtidas também poderão beneficiar o serviço com o maior conhecimento da realidade, até então empiricamente explorada e disparar reflexões sobre o projeto técnico assistencial do serviço, aperfeiçoamento do plano de cuidado construído em conjunto com o usuário e ainda na avaliação das potencialidades e fragilidades da RAPS do território.

Partindo destas considerações, sugerem-se espaços de conversação entre os diferentes atores, para seguirem na qualificação dos processos de monitoramento e avaliação dos serviços que se de cuidado das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, a fim de evitar os reingressos frequentes no acolhimento noturno, para que não se corra o risco de se tornar sinônimo do fenômeno da “porta giratória” das reinternações hospitalares.

PERFIL DE USUÁRIOS REINGRESSANTES NO ACOLHIMENTO NOTURNO: subsídios para avaliação em saúde mental

ABSTRACT:

This is an exploratory, descriptive quantitative and qualitative, conducted in CAPS ad III, through documental analysis of secondary data, whose main objective was to characterize the profile of users who rejoined the remaining 24 hours of CAPS ad III in order to propose indicators for evaluation of therapy. Regarding the profile, most are male (86%), mean age 41, white (39%), single (61%), with incomplete basic education (57%), polydrug users (68%) and not develop labor activity (46%). The study also found that 61% of users have residence and 39% are in the streets. The variable diagnosis, the predominant mood disorders (38%) and hypertension (29%). Regarding the evening reception, the number of days in the stay occurred between 11 and 14 days, 55% of users had high improved, 34% requested the high demand, 6% and 5% were transferred escaped. Patients who stay for longer are on average 13 days and are highly improved, avoidance usually occurs around the 7th day and return to service after discharge is given within three days. The findings supported the preparation of an evaluation matrix and a score of predisposition to re-enter the night host. It is expected that the study will contribute to the process of reflection on the need for actions for monitoring and evaluation in mental health.

Keywords: mental health, CAPS ad III, evening reception, indicators.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. *Saúde Mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 100p.

ANDRADE, T. M.; RONZANI, T. M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (Coord) *O uso de substâncias psicoativas no Brasil*. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2014. p. 27-41.

BARBOSA, G. C. *Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de Botucatu*. 2013.238 p.Tese de Doutorado em Ciências, Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2013.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental** [on line], v. 9, n. 16, 2011. p.303-326. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13.08.2016.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.86 p.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf. Acesso em 10.08.2016.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial. Acesso em 10.08.2016.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 130 de 26 de janeiro de 2012.a* Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 10.08.2016

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria 276 de 30 de março de 2012.b* Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html. Acesso em 19.08.2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em dados 12**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. 2015 48p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 17.08.2016.

CARLINI, E. A.; NAPPO S.A.; GALDURÓZ, J. C.F; NOTO, A. R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Rev Imes**, n. 3, 2001.p. 9-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000141&pid=S0080-6234201000010000200001&lng=pt. Acesso em 19.08.2016.

CARVALHO, A.L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde debate**, n.52,1996. p.74-82.

CARVALHO, M. D.; SILVA, H. O. E.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da Rede de Saúde Mental do Município de Iguatu- CE. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 6, n. 2, 2010. p. 337-349. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19.08. 2016.

OKASAKIL, C.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B., Ricardo Soares5 Acolhimento noturno: expectativas dos profissionais de saúde mental **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 21, n. 2, 2010. p. 166-173. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14100/15918>. Acesso em 19.08.2016.

FERREIRA, A. C. Z. ; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; KIRCHHOF, L. C. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare Enfermagem**, v.17.n 3, 2012. Disponível em <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/29284/19033>. Acesso em 17.08.2016.

FERREIRA, A. C. Z; BORBA, L.O.B.; CAPISTRANO, F. C.; CZARNOBAY, J. MAFTUM, M. A.. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Rev Min Enferm**. v.19, n.2, 2015. p. 157-164. Disponível em file:///C:/Users/siluan/Downloads/en_v19n2a12.pdf. Acesso em 20.08.2016.

FIGUEIREDO, J. A. **Práticas e processos de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial**. 2007, 155p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, 2007.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPE, T. L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública** [online]., vol.29, n.1, 2013. p.102-110. ISSN 1678-4464. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100012>. Acesso em 17.08.2016.

GALLASSI, A.D.; ELIAS, P. E. M.; ANDRADE, A. G. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - *SPRevista de Psiquiatria Clínica*, v.35, n.1, 2008. p.2-7. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11313/1/ARTIGO_CaracterizacaoGastoSUS.PDF. Acesso em 15.08.2016.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2001. 316p.

GRADELLA, J. O. Hospital Psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. *Psicologia & Sociedade*, v. 14 n. 1, 2002. p 87-102. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em 16.08.2016.

MOURA, A. S. *Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD*. 2015.76 p. Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica; Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica de São Carlos, da Universidade Federal de São Carlos, 2015.

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. C.; ESPINOSA, M. M. BOTELHO, C. O abandono do tratamento da dependência de nicotina: Um estudo de coorte. *Medical Journal*, v. 134 n.1. p. 47-55., 2016Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.00830309>. Acesso em 19.08.2016.

PARENTE, C. J. S.; MENDES L. P. F.; SOUZA, C. N. S.; SILVA, D. K. M.; SILVA, J. C.; PARENTE A. C. B. V. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do Nordeste brasileiro. *REME Rev Min Enferm*. v.11, n. 4, 2007.p. 381-6. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/361>. Acesso em 10.08.2016.

PECHANSKY, F.; DIEMEN, L. V.; GENRO, V. K. Presença de situações de risco para a transmissão do HIV em usuários de drogas não injetáveis. *Revista de psiquiatria clínica*. v. 28, n. 3, 2001. p. 157-159. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19427>. Acesso em 10.08.2016.

PENCHEON, D. *The Good Indicators Guide*: Understanding how to use and choose indicators. NHS: Institute for Innovation and Improvement, 2007, 36p.

QUEIROZ, I. S. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Sociais*, v. 2, n. 1 2007. p. 152-164. Disponível em www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/16artigoword.doc, acesso em 15.08.2016.

SCHOUT, D. NOVA; E. S.; DUTILH, H. M. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.12, n.4, 2007,p.935-944. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400015>. Acesso em 17.08.2016.

SILVA, A. M. *Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II Leste Natal/RN: uma avaliação da efetividade*. 2009. 173 p. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Formação Profissional, Trabalho e Proteção Social; Escola de Serviço Social, Cultura e Relações do Rio Grande do Norte da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

SOUZA, T. P. *A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”*: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos) 2013. 355 p. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas de Campinas da Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2013.

SOUZA, M. L. P. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, v.25, n. 2, 2016.p.05-410. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00405.pdf>. Acesso em 10.08.2016.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto contexto - enferm.*, vol.13, n.4, 2004. p.543-548. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400012>. Acesso em 10.08.2016.