

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
ATRAVÉS DA AFERIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ALCOOLISTAS EM
UM CAPS AD III

PATRÍCIA MARTINI

PORTO ALEGRE

2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



PATRÍCIA MARTINI

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
ATRAVÉS DA AFERIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ALCOOLISTAS EM
UM CAPS AD III**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Dra. Claunara Schilling Mendonça
Co-orientadora: Dra. Luciane Kopittke

PORTO ALEGRE
2020

PATRÍCIA MARTINI

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
ATRAVÉS DA AFERIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ALCOOLISTAS EM
UM CAPS AD III**

Dissertação apresentada ao PPG em Avaliação de Tecnologias para o SUS como exigência parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias de Saúde.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Evelise Rigoni de Faria

Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Dr.Vauto Mendes Filho

Porto Alegre

2020

AGRADECIMENTOS

À Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, agradeço pela oportunidade de cursar o Mestrado, bem como aos colegas do CAPS AD III Passo a Passo que apoiaram o desenvolvimento deste trabalho.

À Vânia Hirakata, pela paciência e auxílio nas consultorias estatísticas.

Agradeço às minhas orientadoras, Prof.^a Dr.^a Claunara Schilling Mendonça e Prof.^a Dr.^a Luciane Kopittke pelo apoio, disponibilidade, orientações e incentivo para que este estudo fosse tomando corpo com a metodologia mais adequada, com os rigores exigidos e resultasse neste trabalho que, esperamos possa contribuir para o olhar mais atento e assertivo dos gestores e adequado fomento às políticas públicas em Saúde Mental.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A criação dos serviços de saúde mental de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas redirecionou o modelo de atenção ao abuso e dependência do álcool, que representa uma das principais cargas de doenças e a segunda maior causa de incapacidade e óbitos entre homens. **OBJETIVO:** Avaliar a efetividade do tratamento da dependência química através da aferição da qualidade de vida em usuários dependentes de álcool a partir da utilização da tecnologia de acolhimento noturno em um CAPS AD III. **SUJEITOS E MÉTODOS:** Estudo transversal com aplicação do instrumento WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life*) durante o período em que os usuários estiveram em acolhimento noturno e reaplicado no período compreendido entre 30 e 60 dias após. As dimensões desse instrumento, foram analisadas segundo variáveis socioeconômicas, severidade da dependência química por álcool (*Short-Form Alcohol Dependence Data - SADD*), rastreio da depressão (*Patient Health Questionnaire 2 -PHQ-2*) e multimorbidade, descrevendo os dispositivos de cuidado utilizados no acolhimento noturno. **RESULTADOS:** o estudo foi composto por 30 sujeitos, 78% homens, com média de 47 anos, baixo grau de escolaridade, muito baixa renda, alto grau de dependência grave do álcool (83,3%) e alta prevalência de multimorbidade (92,7%), principalmente depressão e doenças cardiovasculares. A auto avaliação da qualidade de vida variou em média de 30,83 do momento do acolhimento para 51,66, dois meses após ($p=0,001$) e mostrou diferença significativa positiva em todos os domínios, com exceção de “relações sociais” nos dois momentos avaliados. **CONCLUSÕES:** os resultados sugerem que mesmo para usuários com dependência alcoólica grave, alta vulnerabilidade socioeconômica e multimorbidade, a autoavaliação de QV melhorou após a intervenção no acolhimento noturno e seguimento do tratamento no CAPS AD III, juntamente com os domínios físico, psicológico e do meio ambiente, mostrando a potencialidade desse serviço na reinserção social e na autonomia desses sujeitos.

Palavras Chave: WHOQOL-Bref; qualidade de vida; alcoolismo; tratamento; Centros de Atenção Psicossocial

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características individuais, socioeconômicas e doenças auto referidas dos usuários admitidos para a ação de acolhimento noturno (n=36).....33

Tabela 2. Grau de dependência alcoólica e rastreio para depressão dos usuários admitidos no acolhimento noturno (n=36).....37

Tabela 3. Distribuição dos escores mínimo, máximo, média, delta (d), desvio padrão (DP) e significância (p) dos domínios avaliados pelo *WHOQOL bref* nas entrevistas 1 e 2 (n=30).38

Tabela 4. Associação das variáveis do estudo e da mudança (delta) da qualidade de vida (QV) dos domínios avaliados pelo *WHOQOL bref* nas entrevistas 1 e 2 (n=30).....39

LISTA DE ABREVIATURAS

AAQV: Auto Avaliação da Qualidade de Vida

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

d: delta = valor da mudança ocorrida entre a primeira e a segunda entrevista

DALYs: Disability-Adjusted Life Years

SADD: Short-Form Alcohol Dependence Data

PHQ2: Patient Health Questionnaire 2

PTS: Projeto Terapêutico Singular

QV: Qualidade de Vida

p: valor da significância = 0,05

SUS: Sistema Único de Saúde

TUS: Transtorno por Uso de Substâncias

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Instrument

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 OBJETIVOS	11
1.1 OBJETIVO GERAL	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	15
2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS.....	20
2.3 A ATENÇÃO AO ÁLCOOL NO BRASIL E NOS CAPS AD.....	22
2.3.1 CAPS AD Passo a Passo	24
2.4 QUALIDADE DE VIDA E ALCOOLISMO.....	28
3 METODOLOGIA	28
3.1 DELINEAMENTO	28
3.2 AMOSTRA.....	29
3.2.1 Critérios de inclusão	29
3.2.2 Critérios de exclusão	29
3.3 INSTRUMENTOS.....	29
3.3.1 Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD)	30
3.3.2 World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL -bref)	31
3.3.3 Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)	31
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	33
4 RESULTADOS	43
5 DISCUSSÃO	47
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
7 CONCLUSÃO	
8 PRODUTO	

8.1 ARTIGO.....	em elaboração
8.1.1 Comprovante de Submissão	

49

REFERÊNCIAS	54
-------------------	----

APÊNDICES	57
-----------------	----

ANEXOS.....	
-------------	--

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional foi sancionada a Lei Federal 10.216, que define a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e garante às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária; afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Desde então, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vem assumindo o ordenamento da saúde mental dentro dessa rede de atenção, passando a ser referência para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em sua área territorial.

Segundo revisão sistemática realizada por Zaleski et. al (2005), o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais freqüente entre portadores de sofrimento mental patológico. O álcool (CID F10) é responsável por 93,5% de óbitos por transtornos mentais devido ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, seguida por múltiplas drogas (CID F19) e cocaína e derivados (CID F14). (BRASIL - Saúde Mental em Dados, 2015).

O abuso e dependência do álcool está entre as 3 principais causas de carga de doenças nos homens e representa a 2º maior causa de incapacidade e óbitos entre homens de 15-29 anos (PORTUGAL, et.al.2015).

Com a expansão dos serviços de saúde mental de base comunitária e apoiado pela Portaria 3.088 de 23 de novembro de 2011, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) que passaram a representar a referência no tratamento de dependência química no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Atualmente, o Brasil conta com 2.341 CAPS habilitados; destes, apenas 105 são CAPS AD do porte III, ou seja, atendem pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, são referência para uma população igual ou superior a 200 mil habitantes, funcionam 24 horas por dia, acolhendo livre demanda através do sistema “porta aberta” desde os casos encaminhados pela atenção básica e outros pontos da rede até situações de crise (SAGE/MS, janeiro 2019).

Em 2019, foi inaugurado em Porto Alegre-RS, o primeiro CAPS AD IV do Brasil.

Assim como o CAPS AD III, este serviço funciona 24h; seu diferencial é que durante todo o período conta com equipe multidisciplinar completa, estando apta a realizar acolhimento em tempo integral, contando médico psiquiatra no atendimento de crises. A equipe deste CAPS AD também realiza abordagens diretamente na cena de uso de álcool e outras drogas, no intuito de mobilizar os usuários para o tratamento. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017).

Apesar do tensionamento para a mudança do modelo de cuidados em saúde mental, passando da lógica do tratamento manicomial para uma linha de cuidado voltada ao sujeito e familiares ou sua rede de apoio (quando existem), com desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares (PTS), contar com apoio de equipe multidisciplinar, a rede ainda parece insuficiente para atender uma demanda crescente de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

A complexidade no tratamento da dependência química requer um conjunto de condições de suporte, que vão além de um tratamento pontual, pois os fatores sociais, econômicos e estruturantes deste sujeito tem interferência direta e formativa desde seu nascimento, além de tratar-se de um agravo de curso crônico. A dependência do álcool afeta profundamente o estilo de vida do usuário, visto que grande parte do tempo há uma constância no uso ou na recuperação dos efeitos deste uso abusivo. (LARANJEIRA, 1996)

Dados da literatura mostram que dependentes do álcool têm uma queda significativa no grau de qualidade de vida quando ligada a casos de comorbidade psiquiátrica, cujos transtornos de personalidade são os mais correlacionados com a dependência alcoólica (CASTEL, et.al, 1995).

O objetivo deste estudo foi aferir a percepção da qualidade de vida de usuários dependentes de álcool a partir da utilização da tecnologia de acolhimento noturno em um CAPS AD III.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade do tratamento da dependência química através da aferição da qualidade de vida em usuários dependentes de álcool em um CAPS AD III a partir da indicação tecnologia de cuidado do acolhimento noturno.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a percepção da qualidade de vida dos usuários dependentes de álcool antes e após intervenção no CAPS AD III;
- Comparar a percepção da qualidade de vida pelos usuários dependentes de álcool em diferentes momentos do tratamento em um CAPS AD III (acolhimento noturno e seguimento do tratamento ambulatorial);
- Avaliar as associações entre as diferentes dimensões do questionário de qualidade de vida e as características sociodemográficas dos usuários, como grau de dependência, rastreio de depressão, multimorbidades, renda, escolaridade e estado civil;

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. Os custos indiretos gerados pela desassistência provenientes do aumento da duração dos transtornos e incapacitações acabam por superar os custos diretos (ONOCKO-CAMPOS, et.al., 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), cada dólar investido na expansão do tratamento de transtornos mentais comuns como depressão e ansiedade, resulta em um retorno de 4 dólares em melhores condições de saúde e capacidade de trabalho.

O alcoolismo, conhecido cientificamente como síndrome de dependência de álcool (SDA) é, sem dúvida um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos transtornos mais prevalentes na sociedade. Trata-se de uma patologia de caráter crônico, passível de muitas recaídas e responsável por inúmeros prejuízos clínicos, sociais, trabalhistas, familiares e econômicos. Ademais, é com frequência associada a situações de violência (sexual, doméstica, suicídio, assalto, homicídio) acidentes de trânsito e traumas (DIEHL, 2011).

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM 5 (2013) existem níveis distintos de gravidade em padrões individuais de consumo. O Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) fica caracterizado quando existe abuso ou a dependência de substância, o que aumenta o risco de consequências prejudiciais, em diversas dimensões, para o usuário. A evidência atual mostra que a maioria das substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, exerce seus efeitos de reforço inicial ativando circuitos de recompensa no cérebro. Porém, com a continuidade do consumo, ocorre prejuízo cerebral: esse órgão se torna progressivamente mais sensível a fatores estressantes, produzindo interferências no autocontrole e, por fim, uma transição para o consumo automático e compulsivo. Essa evolução pode se dar com maior facilidade em indivíduos com vulnerabilidades genéticas, que apresentam transtornos psiquiátricos, que tiveram experiências precoces de consumo de substâncias na adolescência e que estão sob a ação

de estresse crônico. Diversos estudos apontam para uma associação entre o uso do álcool e prejuízos neuropsicológicos (AHMADI et al., 2013; ROSE, et al, 2013; KOMREICH et al., 2013).

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. De acordo com dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apesar do grau de abstinência dos brasileiros em relação ao consumo de álcool ser considerado alto (48% da população adulta) comparado a outros países, observa-se que no Brasil, os bebedores apresentam elevado nível de consumo de risco. A mortalidade e a morbidade associadas ao consumo de bebidas alcoólicas superam as associadas ao tabagismo (DIEHL, 2011).

Calcula-se que no mundo 3,2% de todas as mortes e 4% dos Anos de Vida Saudáveis Perdidos por Incapacitação (DALYs – Disability-Adjusted Life Years) sejam atribuíveis ao uso nocivo do álcool. Em países em desenvolvimento, entre os quais está o Brasil, o álcool é o fator de risco que mais contribui para a carga de doenças, sendo responsável por 6,2% das DALYs (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em sua décima segunda edição, a VIGITEL BRASIL 2017 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizou pesquisa nas capitais dos 26 estados e no Distrito Federal. O resultado indica que a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, que é considerado quando da ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias, variou entre 13,7% em Manaus a 25,7% no Distrito Federal.

No conjunto das 27 cidades, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 19,1%, sendo maior para os homens (27,1%) do que para as mulheres (12,2%). Em ambos os sexos, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a diminuir com a idade a partir dos 35 anos e a aumentar com a escolaridade (BRASIL, 2018).

O uso abusivo do álcool é uma ameaça particularmente grave para os homens, sendo considerado o principal fator de risco para mortes nesta população entre 15 a 59 anos, devido principalmente aos agravos para a saúde, violência e doença cardiovascular. O álcool é responsável por 6,2% das mortes em homens e 1,1% entre as mulheres. A bebida etílica

ocasiona maior carga de problemas ao longo da vida nos homens – com 7,4% para eles e 1,4% para as mulheres. Ser homem produz quatro vezes mais chance de beber pesado – o que pode explicar em parte a maior mortalidade e taxa de incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, o alcoolismo é responsável por 50% das internações psiquiátricas masculinas e 90% das internações por dependência de drogas em hospitais psiquiátricos brasileiros, sendo que as pessoas com este problema são quatro vezes mais hospitalizadas que a população em geral (PAYÁ, 1999).

O abandono do tratamento é importante fator de recaída no uso. Estudos afirmam que a taxa de abandono vista durante o tratamento oscila entre 40-80%, devendo ser encarado como um dos grandes desafios, tanto para o usuário como para a equipe de saúde (SIMPSON et al., 1997). Um estudo mais recente analisou 593 prontuários de um serviço de saúde mental para dependentes químicos e apontou 82% de taxa de abandono nos primeiros meses de tratamento (Fernandes et al, 2017).

Nos últimos 30 anos, pesquisas têm sido realizadas para entender melhor as elevadas taxas de desligamento precoce do tratamento e cada vez mais tem se discutido a importância da adesão dos pacientes aos programas terapêuticos, independente do alcance da abstinência. A permanência no tratamento, apesar da incapacidade de interromper o uso do álcool, pode reduzir os malefícios desse consumo, uma vez que parte dos alcoolistas consegue manter um consumo menos intenso do álcool (BALTIERI e CORRÊA FILHO, 2012; GRAFF, 2009; LANNERY et al., 2003).

De forma direta, a redução do consumo de álcool está associada a melhora na saúde de modo geral, por isso, as políticas de saúde pública relativas ao álcool não devem estar baseadas apenas no indicador mortalidade. É importante considerar todas as consequências desta ingestão, tais como morbidade, problemas criminais e sociais, bem como a qualidade de vida.

Devido a complexidade da dependência alcoólica, há necessidade de intervenções mais adequadas no tratamento, uma vez que estas pessoas possuem um estilo de vida comprometido, e que o alcoolismo está diretamente associado a relações familiares, cultura e sociedade. A melhora da qualidade de vida pode funcionar como um estímulo motivador para

a interrupção do beber abusivo.

De acordo com TANAKA (2017) as avaliações em saúde da década de 70 já não cabem nos dias de hoje: julgar a cobertura e a concentração dos serviços não é suficiente. Problemas crônicos de saúde, patologias recorrentes e dependentes de estilo de vida, vínculo e apoio social, necessitam de um tipo de atenção que não se resume ao provimento de atividades.

No ano de 2009, o NIDA - Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas, nos Estados Unidos, concluiu que a Qualidade de Vida (QV) pode ser considerada para avaliar resultados primários dos tratamentos, fundamentando três importantes considerações: quando o indivíduo fala de si mesmo, da sua subjetividade, há uma ampliação da possibilidade de avaliação da sua evolução, o que nem sempre é bem captada a partir de relatórios de fontes secundárias como de cuidadores, registros médicos, etc. Em segundo lugar, a QV refere-se tanto ao impacto do abuso ou dependência quanto do seu tratamento, o que possibilita avaliar os efeitos do tratamento, mesmo no caso da redução do uso de substâncias e a resposta na QV. Por fim, pelo fato das potenciais consequências deletérias do uso de substâncias serem amplas, representando vários domínios do funcionamento humano, uma avaliação da QV que diferencie estes vários domínios trará contribuições relevantes na avaliação da oferta do cuidado aos usuários adictos a substâncias psicoativas (TIFFANY, S.T., et. al., 2012).

2.1 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O desenvolvimento do trabalho em saúde mental vem passando por diversas transformações nas últimas décadas, especialmente pelo caráter substitutivo ao modelo manicomial, assumido em virtude da Reforma Psiquiátrica¹, com início no Brasil no final da década de 60, onde tomaram frente militantes da saúde que desejavam mudanças.

¹ Movimento que inicia-se na década de 70 com a mobilização de profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Denunciou os manicômios como instituições de violências ao mesmo tempo em que propôs a construção de uma nova rede de serviços com estratégias territoriais e comunitárias solidárias, inclusivas e libertárias.

(ALBUQUERQUE, 2017). Tal movimento ganhou força avançando com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

De acordo com BARROS et.al (2011) é neste contexto, que em 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM) reconhece que a assistência à saúde mental prestada no Brasil não apresentava qualidade, centrava-se pela oferta de leitos em hospitais psiquiátricos e, portanto, carecia de reformulação.

Pensando em um novo modelo assistencial, também foi necessário reavaliar e redefinir os instrumentos de medida de coberturas e de avaliação, que até então se resumiam a indicadores de baixa qualidade, como por exemplo, os de cobertura leito/habitante e consulta médica/habitante; e o sistema de financiamento, que deveria estar de acordo com os objetivos da política nacional em saúde mental, apontando necessidade de reformulação.

Assim, entre os anos de 1992 a 2001 ocorreu o movimento de desinstitucionalização nos hospitais psiquiátricos, com a implantação de mecanismos avaliativos de qualidade assistencial, do funcionamento dos serviços e a implantação da fiscalização dos hospitais psiquiátricos, possibilitando que neste período, paulatinamente, a rede ambulatorial em saúde mental sofresse expansão.

Ainda, segundo BARROS et.al (2011) entre os anos de 2000 e 2002, foram estabelecidos os mecanismos de financiamento destes novos serviços que assume um caráter substitutivo ao modelo assistencial vigente até então; nesta mesma época abre-se o leque de atenção na saúde mental onde se volta o olhar para questões relacionadas à infância e adolescência, bem como o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Neste contexto, é promulgada a Lei 10.216/2001, que vem para dar amparo para que a Reforma Psiquiátrica no Brasil seguisse em consolidação; seu texto discorre sobre direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, atribui responsabilidades ao Estado, versando sobre os tipos de internação e tencionando a expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que assumem, dentre outros dispositivos, o ordenamento da saúde mental dentro dessa rede de atenção, passando a ser referência para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial (BRASIL, 2001).

Com a formulação da Política Nacional de Saúde Mental foram criados programas específicos e incluídas ações de saúde mental na atenção básica, fomentando a atenção integral voltada aos usuários de álcool e outras drogas. Para estes, foi aprovada a Portaria GM/MS 816 de 30 de abril de 2002 que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e foi decisivamente estratégica no planejamento da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial no país (BRASIL, 2002).

Desde então, apoiado em outras importantes Portarias, como a 336 de 19 de fevereiro de 2002; que estabelece as modalidades dos serviços; a 2.197 de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, a 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e a 130 de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, os CAPS AD vem sendo utilizados como referência no tratamento psicossocial para todas as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de internações em cuidado longitudinal com foco na reinserção social e na autonomia do sujeito, bem como para suas famílias.

2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

Na década de 2000, com o financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial 7508, de 2011 o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. A RAPS propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

A RAPS é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os CAPS; os

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III e IV. A rede também está presente na Atenção Básica, na Atenção de Urgências/Emergências, nas estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015).

Os CAPS se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS IV, CAPSi e CAPS AD, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho. Os CAPS I oferecem atendimento a municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes, 19% dos municípios brasileiros, onde residem aproximadamente 17% da população do país, tendo uma equipe mínima de 9 profissionais de nível médio e superior. O foco são usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pode acompanhar aproximadamente de 240 pessoas por mês, de segunda a sexta-feira, funcionando das 8 às 18 horas (BRASIL, 2015).

Os CAPS II oferecem atendimento a municípios com mais de 50.000 habitantes, equivalente a 10% dos municípios, onde residem aproximadamente 65% da população brasileira. O público-alvo são adultos com transtornos mentais persistentes. Opera com uma equipe mínima de doze profissionais, com nível médio e superior, tendo um suporte para acompanhar cerca de 360 indivíduos por mês, de segunda a sexta-feira, com horário de funcionamento das 8 às 18 horas – pode oferecer um terceiro período, funcionando até as 21 horas (BRASIL, 2015).

Os CAPS III são caracterizados por serem os serviços de maior porte da rede. Com uma previsão de cobertura para municípios com população acima de 200.000 habitantes, que representam uma baixa parcela dos municípios do país, apenas 0,63%, entretanto, concentram cerca de 29% de toda a população do Brasil (BRASIL, 2015). Funcionam 24 horas, inclusive feriados e fins de semana. Os CAPS III trabalham com uma equipe mínima de 16 profissionais com instrução entre nível médio e superior, equipe noturna e de final de semana. Este tipo de CAPS oferece acolhimento noturno, se necessário, realizando internações curtas, de no máximo 14 dias. Essa permanência temporária é compreendida como um dos recursos terapêuticos que visa evitar as internações em hospitais psiquiátricos e gerais, promovendo uma atenção integral às pessoas que buscam o serviço

do CAPS (BRASIL, 2012).

O CAPSi é um tipo de serviço especializado em atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e se operacionaliza em municípios com população acima de 200.000 habitantes. O funcionamento acontece de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo também ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas. O trabalho é realizado com uma equipe mínima de 11 profissionais com instrução entre nível médio e superior, com capacidade média de realizar 180 acompanhamentos com crianças e adolescentes por mês (BRASIL, 2015).

Os CAPS AD focam o atendimento a pessoas que utilizam o álcool e outras drogas de maneira prejudicial. É habilitado em cidades com mais de 200.000 habitantes, composto por uma equipe mínima de 13 profissionais, entre nível médio e superior, e pode realizar 240 atendimentos por mês, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas ou sendo habilitado ao porte III, atendendo 24 horas.

Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês (BRASIL, 2004).

Os CAPS AD III trabalham na lógica de “portas abertas” ou seja, no momento em que o usuário procura ajuda é acolhido por qualquer profissional de saúde no intuito de realizar a primeira escuta e avaliar as necessidades. O acolhimento à demanda espontânea e referenciados dos diversos pontos da rede acontece das 7 às 19 horas, horário em que estão no serviço pelo menos um técnico de cada categoria profissional. A noite, feriados e final de semana, a enfermagem realiza esses acolhimentos sem o suporte dos demais profissionais.

Além dos acolhimentos, os CAPS AD III realizam consultas eletivas programadas em conjunto com o usuário e seu Técnico de Referência (TR) que é a pessoa responsável pelo gerenciamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS pode envolver diversas ferramentas de cuidado: indicação de participação de grupos específicos, oficinas, atividades externas, visitas domiciliares, atendimento por outros profissionais da equipe, contato com

familiares, discussão do caso com a rede, indicação de internação hospitalar, comunidade terapêutica e/ou acolhimento noturno no CAPS AD III por até 14 dias.

O CAPS AD tem como atividade principal a Atenção Psicossocial e atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras dependências de substâncias psicoativas. A diferença entre os portes III e IV dos CAPS AD, é que neste último, há presença de equipe multidisciplinar nas 24 horas por dia, incluindo médicos psiquiatras, o que possibilita avaliações mais fluidas no caso de necessidade de acolhimento noturno e estabilizações em momentos de crise, pelo ato prescritivo medicamentoso ser exclusivamente médico. A equipe também realiza abordagens diretamente nas cenas de uso, realizando busca ativa presencial, fazendo vínculos para além do local de tratamento.

Apesar dos esforços visando o redirecionamento e melhoria do cuidado em saúde mental por um modelo de atenção com base nos serviços territoriais, onde o hospital seja considerado como último recurso, ainda há uma forte tendência de municípios e estados em priorizar modelos manicomiais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

O ano de 2019 encerrou com diversos tensionamentos na política de saúde mental brasileira que já vinham em andamento em anos anteriores e que dizem de uma involução no que se refere às políticas que vinham se desenhando. Dentre esses se destaca a extinção da Redução de Danos, com ênfase na abstinência como única política pública possível para o tratamento dos TUS, reafirmando a prioridade das comunidades terapêuticas e a reinclusão de hospitais psiquiátricos como ponto de cuidado na rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2019).

2.3 A ATENÇÃO AO ÁLCOOL NO BRASIL E NOS CAPS AD

Durante muitas décadas, até meados dos anos 80, os únicos dispositivos para tratamento do alcoolismo no Brasil eram os hospitais psiquiátricos cujo tratamento tinha por base apenas rebater os sintomas de abstinência e minimizar danos durante o período de internação. Não existiam políticas de saúde voltadas à prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas dependentes do álcool - os atendimentos eram pontuais e não estimulavam

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

Com o avanço na mudança das diretrizes da saúde mental, a dependência do álcool, assim como de outras substância passaram a ganhar relevância como problema de saúde pública. Assim, o primeiro levantamento populacional brasileiro em relação ao uso de álcool, ocorreu no ano de 2006 - I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira e disparou uma série de estudos a respeito do problema.

O tratamento do alcoolismo, assim como em todas as doenças crônicas com recaídas frequentes, necessita de abordagem multidimensional e diversificada, capaz de atender às múltiplas demandas das pessoas acometidas por esse transtorno. Apesar de existirem algumas controvérsias no tratamento, e entre essas, qual a melhor combinação das abordagens terapêuticas - não farmacológicas, farmacológicas, redução de danos, terapia cognitivo-comportamental, prevenção a recaídas, intervenções breves, treinamento de habilidades sociais, entrevista motivacional, fortalecimento de vínculos comunitários, contratos terapêuticos, grupos operacionais, etc - não existe dúvida de que a associação delas é melhor que um tratamento isolado (KAHN, 1990).

A combinação das abordagens facilita a adesão do usuário aos programas de tratamento, aumenta as chances de abstinência e de engajamento no tratamento (OSLIN et. al., 2008; PETTINATI et. al., 2005).

O tratamento ofertado nos CAPS AD tanto para a dependência do álcool quanto para outras drogas, vai ao encontro de uma abordagem humanizada que busca promover a reabilitação psicossocial e autonomia dos sujeitos. A oferta de cuidado e atenção integral diária aos usuários dependentes de álcool também é ferramenta utilizada como um dos serviços substitutivos à internação hospitalar, que deve ser indicada somente em casos de grande risco do usuário desenvolver síndrome de abstinência grave e/ou necessidade de suporte médico 24 horas por dia. Também é papel do CAPS AD realizar a articulação de toda

a rede de atenção à saúde e social, seja na atenção primária, nas (Unidades de Saúde, Consultório na Rua, Centro de Referência de Assistência Social CRAS, etc, na secundária, nos CREAS, Ambulatórios de Especialidades, Rede de Urgências e Emergências ou na terciária, nos Hospitais Gerais.

2.3.1 CAPS AD III Passo a Passo GHC

O serviço de saúde onde ocorreu este estudo faz parte de uma Instituição Federal que atende 100% SUS, o Grupo Hospitalar Conceição - GHC, composto por 4 hospitais, um geral, um materno infantil, um infantil e um de trauma, 3 CAPS e uma equipe do Consultório na Rua bem como 12 Unidades Básicas de Saúde, com 39 Estratégias de Saúde da Família e 20 equipes de Saúde Bucal. O CAPS AD Passo a Passo GHC, foi inaugurado em 2004, presta atendimento na zona Norte do município de Porto Alegre, sendo o primeiro CAPS AD da capital gaúcha. No ano de 2010 foi habilitado ao porte III, passando a funcionar 24 horas ao dia, sete dias por semana e contando com 09 leitos para acolhimento noturno e 02 leitos de observação.

O CAPS AD III Passo a Passo é referência para todo o território da Zona Norte-Eixo Baltazar - aproximadamente 300.000 pessoas - território que conta com uma Rede de Atenção Primária composta por 33 Unidades de Saúde, sendo 12 do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e as demais, municipais, que utilizam este CAPS AD como referência. Este serviço também relaciona-se de forma direta à rede de urgências e emergências e com hospitais gerais no caso de necessidade de internações hospitalares por causas agudas, e ainda, realiza a regulação de leitos através do sistema Gerenciador de Internações (GERINT), da Central de Regulação de Leitos da gestão estadual.

A equipe do CAPS AD III Passo a Passo é composta, atualmente por 07 enfermeiros, 14 técnicos/auxiliares de enfermagem, 01 terapeuta ocupacional, 02 médicos psiquiatras, 01 farmacêutica, 01 psicóloga, 01 assistente social, 03 funcionárias na administração, 04 vigilantes e 02 auxiliares de higienização. Também conta com 04 residentes da Residência Integrada em Saúde (RIS) e 02 residentes da Residência Médica em Psiquiatria, ainda, 01 médica de família, que colabora com o suporte clínico em alguns turnos na semana. Os funcionários revezam-se em turnos de 6 horas. Durante o turno da noite, finais de semana e

feriados a equipe técnica é formada apenas pela enfermagem com 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem.

Neste CAPS AD III, a equipe multidisciplinar utiliza como referencial o Modelo Transteórico da Mudança, proposto por PROCHASKA e DICLEMENTE (1982) que possui como objetivo descrever/estadiar os estágios de mudança pelos quais as pessoas passam. Os autores referem-se à mudança de comportamento como um processo no qual as pessoas experienciam diferentes níveis de motivação (OLIVEIRA, et. al., 2003). O modelo transteórico propõe diferentes estágios de prontidão para mudança, cada um com características bem específicas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

A pré-contemplação é a fase onde o indivíduo não apresenta crítica sobre o abuso da substância e não mostra intenção de abandonar ou diminuir seu uso. Os indivíduos que chegam para tratamento neste estágio são geralmente levados pelos seus familiares (OLIVEIRA et al., 2003). Buscar tratamento não significa necessariamente que o indivíduo esteja motivado para a mudança, o que faz com que estratégias elaboradas para pacientes que já se encontram na fase de ação sejam pouco eficazes (ORSI & OLIVEIRA, 2006).

A fase de contemplação é caracterizada pela ambivalência: o indivíduo reconhece o problema, mas fica dividido entre as vantagens e desvantagens da interrupção ou diminuição do uso da substância. Na fase da ação, o indivíduo está pronto para a escolha de uma estratégia para mudar e na fase de manutenção, busca-se a consolidação dos ganhos obtidos. O objetivo é manter os ganhos e evitar a recaída, neste caso, no uso abusivo do álcool.

O indivíduo não percorre estes estágios de forma linear, começando na pré-contemplação e terminando na manutenção; pode percorrer todos os estágios diversas vezes, como em qualquer processo de mudança, até tornar-se estável. Pode apresentar características de todas as fases, sem que uma necessariamente prevaleça sobre a outra.

O modelo de PROCHASKA e DICLEMENTE mostra que a motivação é um processo, o que impede que os terapeutas subdividam os pacientes em “motivados e desmotivados” (OLIVEIRA et al., 2003).

O terapeuta de referência tem importante papel na avaliação dos estágios

motivacionais e promoção de tratamentos que sejam adequados ao estágio de motivação que o paciente se encontra para a obtenção de bons resultados (ORSI & OLIVEIRA, 2006). Parece haver maior eficácia e aderência ao tratamento e menor ambivalência quando a intervenção motivacional é utilizada (OLIVEIRA et al., 2003).

A equipe multidisciplinar do local escolhido para realização deste estudo percebe, de forma geral, que o uso deste modelo vem auxiliando inclusive na adesão ao tratamento, uma vez que o usuário, ao participar da construção de seu PTS tem a possibilidade de acompanhar sua evolução no processo, seja ela positiva ou negativa; o objetivo é proporcionar motivação ao tratamento e readequações ao plano de acordo com o desejo, possibilidades terapêuticas e engajamento do sujeito no processo de tratamento para a dependência química.

2.4 QUALIDADE DE VIDA E ALCOOLISMO

No Brasil ainda são escassos estudos a respeito da efetividade dos tratamentos direcionados à saúde mental no SUS. Apesar do potencial de utilização da avaliação da Qualidade de Vida (QV) na saúde, ela ainda é recente e pouco explorada na monitoração dos tratamentos e em pesquisas com populações de abusadores e dependentes de álcool e outras drogas, comparando-se com outras áreas (CAMPÊLO, et. al. 2015).

A conceituação e a medição da QV iniciou em meados dos anos 80. Em pouco tempo, este conceito foi sendo inserido e utilizado em centros de saúde; entretanto, a aplicação mais importante foi a sensibilização dos profissionais especializados de modo a observarem além das doenças, limitações ou sintomas (WHOQOL Group, 1996). Afirmação esta, reforçada por FLECK, et.al. (1999) que traz a preocupação de validação de parâmetros avaliativos na saúde que sejam mais amplos, para além da diminuição da mortalidade, diminuição de sintomas ou aumento de expectativa de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como: "[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1997).

Embora não exista um consenso a respeito do conceito de QV, três aspectos fundamentais referentes ao construto "QDV" foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas; são eles: subjetividade; multidimensionalidade e presença de dimensões positivas, como por exemplo, a mobilidade e dimensões negativas, como dor. O desenvolvimento destes elementos conduzem à definição de qualidade de vida como a percepção da pessoa quanto as suas posições na vida, seus valores dentro de um contexto cultural no qual está inserida, e na interação com os próprios objetivos, expectativas, princípios e preocupações. Abrange, dessa forma, uma totalidade sustentada pela saúde física, estado psicológico, grau de independência, relacionamentos sociais, relações com o meio ambiente e crenças pessoais (WHOQOL GROUP, 1994).

A mensuração da qualidade de vida pode ser considerada uma importante variável de resultado no que se refere ao tratamento da dependência química por álcool, visto que o curso da doença é de ordem crônica e trata-se de morbidade multifatorial. Conhecer resultados das intervenções realizadas pela equipe com o usuário dependente de álcool pode, de forma indireta, auxiliar na co-responsabilização dos atores para que o tratamento busque focar no que de fato é significativo e entendido como sucesso pelo sujeito do processo no tratamento, ou seja, o próprio usuário.

Para a aplicação de instrumentos não só confiáveis mas factíveis, o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL 100*, chamando-a de *WHOQOL bref*, que foi validado no Brasil por FLECK, et. al (2000) em estudo que comprovou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, demonstrando, ainda bom desempenho psicométrico, e com isso, apontando alternativa de grande utilidade e confiabilidade para estudos de avaliação da QV.

Em relação ao campo econômico, estudos apontam que a avaliação de qualidade de vida auxilia na definição da relação custo/benefício, no impacto que uma doença pode determinar na vida do sujeito e em sua capacidade produtiva, prestando-se também no auxílio da avaliação da qualidade dos recursos de saúde disponíveis (VOLK, 1997).

De acordo com Berlim MT et.al. 2003, as medidas de qualidade de vida quando relacionadas a saúde mental, são potencialmente úteis, tanto na prática clínica como em pesquisas, pois podem demonstrar o impacto das doenças mentais e possíveis benefícios dos tratamentos.

Dados da literatura mostram que dependentes do álcool têm uma queda significativa no grau de qualidade de vida, quando ligada a casos de comorbidade psiquiátrica, cujos transtornos de personalidade são os mais correlacionados com a dependência alcoólica (CASTEL, 1995).

Diante das diversas características discutidas em relação a complexidade, multifatorialidade e cronicidade da dependência alcoólica, é possível afirmar que as medidas tradicionais de avaliação baseadas em exames laboratoriais e avaliações clínicas são insuficientes para avaliar a efetividade do tratamento no transtorno por uso de substância (TUS). Essa afirmação é complementada por Barros (2002) quando aponta a mudança no padrão de consumo como variável principal para avaliação do tratamento, chamando atenção de que o uso desta medida, de forma isolada pode ser problemática.

Longabaugh e colaboradores (1994) descrevem a dificuldade em se estabelecer a relação entre causa e consequência no consumo do álcool e seus efeitos na vida do sujeito. Dessa forma, as medidas de qualidade de vida, surgem como um parâmetro potencialmente útil, uma vez que permitem uma avaliação mais ampla do “bem-estar” do indivíduo, não restringindo-se a redução do consumo ou à abstinência. Consideram ainda que muitas vezes os usuários de álcool dizem-se satisfeitos com a qualidade de suas vidas, apesar de estarem apresentando um funcionamento pobre, dentro da percepção dos outros, levantando questionamentos sobre qual a percepção a ser considerada: se a do paciente ou de seus familiares e amigos.

O mesmo estudo afirma que uma das maneiras de se avaliar qualidade de vida é através da diminuição no desempenho de papéis sociais que podem resultar em prejuízos nas relações sociais dos sujeitos alcoolistas.

Assim, os estudos avaliativos de qualidade de vida podem ser particularmente interessantes, uma vez que avaliam a percepção do usuário em relação a sua vida em geral,

e não apenas em relação às limitações e prejuízos causados pela doença em si (CAMPÊLO, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, analítico e não controlado que visou avaliar a percepção da qualidade de vida de usuários em tratamento para dependência química de álcool em um CAPS AD III, antes e após a permanência em acolhimento noturno. O desfecho foi a percepção da qualidade de vida avaliada no momento da entrada no acolhimento noturno e até 2 meses após, através do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)*, validado no Brasil (WHOQOL GROUP, 1998).

Foram coletadas variáveis sociodemográficas como renda, escolaridade e estado civil, multimorbidade, severidade da dependência química por álcool através do instrumento *Short-Form Alcohol Dependence Data - SADD* (RAISTRIK, 1983), validado para uso em nosso país (JORGE e MANSUR, 1986) e aplicada a escala PHQ-2, visando o rastreio de quadros depressivos, composta de duas perguntas auto aplicáveis sobre a frequência de humor deprimido e anedonia nas últimas duas semanas, pontuando cada um entre 0 ("nada") a 3 ("quase todos os dias"). Foram descritos os processos de trabalho e tecnologias mais frequentes ofertadas durante o período de acolhimento noturno no CAPS AD III.

3.2 AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o Software WinPepi, versão 11.61. Considerando um poder de 90%, nível de significância de 1% e desvio-padrão de 10,08 para detectar uma diferença de média de 10 pontos do *WHOQOL-bref* aplicado em alcoolistas antes e após a ação de acolhimento noturno, conforme referido por Lima et al (2002), chegou-se ao tamanho de amostra de, no mínimo, 25 sujeitos. Acrescentando 10% para possíveis perdas e recusas o tamanho de amostra deveria ser de 28 pessoas. Foram coletados dados de 36 usuários e houve perda de 6 (16,7%) indivíduos por abandono de tratamento, sendo o total da amostra de 30 pessoas.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Homens e mulheres com idade entre 18 e 70 anos;
- Diagnóstico da síndrome de dependência do álcool, segundo os critérios da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS); ou que refiram o álcool como a principal substância de abuso;
- Indicação técnica de acolhimento noturno no CAPS AD III por até 14 dias;
- Aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido

3.2.2 Critérios de Exclusão

- Menores de 18 e maiores de 70 anos;
- Usuários que tenham diagnóstico clínico principal de abuso por outras substâncias psicoativas e que não relatem o álcool como principal substância de abuso;
- Usuários que não tenham indicação técnica de acolhimento noturno como ferramenta de seu projeto terapêutico singular (PTS);
- Usuários com indicação técnica para acolhimento noturno que estejam com quadro psicótico e/ou apresentem grave prejuízo cognitivo que impossibilite a compreensão dos questionários;

Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram coletadas as variáveis sociodemográficas dos usuários e aplicados os instrumentos propostos no estudo.

3.3 INSTRUMENTOS

3.3.1 Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD)

O questionário foi desenvolvido por RAISTRICK et al. (1983), com objetivo de avaliar a gravidade da dependência de álcool. Essa escala foi padronizada para o uso no Brasil (JORGE e MANSUR, 1986) e consiste em um questionário com 15 itens, com quatro

respostas (pontuação de 0 a 3), podendo ter pontuação total de 0 a 45 pontos. A gravidade é dada por pontuações elevadas (0-9 é leve; 10-19 é moderada; 20-45 é grave).

3.3.2 World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL -bref)

O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam as facetas que compõem o instrumento original; é considerado um instrumento com características psicométricas confiáveis e os registros são feitos utilizando-se uma escala de respostas do tipo Likert, composta por cinco elementos, variando entre 1 e 5.

Diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no *WHOQOL-bref* é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes, e definido em pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1996. No Brasil, este instrumento foi validado por FLECK, et.al. (2000).

A pontuação do *WHOQOL-bref* deve ser calculada através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* com a utilização da “sintaxe” desenvolvida pela OMS para cada um dos instrumentos WHOQOL. Os domínios avaliados são o “físico” (dor física e desconforto, dependência de medicamentos/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho; “psicológico” (sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte) (FLECK, 2000).

As questões do *WHOQOL-bref* são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”).

As pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, sendo que as mais altas sugerem melhor percepção de

QV, conforme preconiza o Programa de Atenção à Saúde Mental da OMS (1996).

O manual de aplicação do *WHOQOL-bref* (1996) descreve que o mesmo pode ser auto-administrado se os entrevistados apresentarem capacidade de compreensão suficiente, caso contrário, os formulários devem ser assistidos ou administrados por entrevistadores. No mesmo documento há recomendação do período de aplicação do instrumento para população com doenças crônicas a partir de 4 semanas da primeira coleta. Também ressalta que o instrumento pode contribuir para o prognóstico de doenças que envolvam desfechos como remissão parcial, em que o tratamento pode ser mais paliativo que curativo.

3.3.3 Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)

Escala validada internacionalmente, usada para rastreio da depressão. É derivada da escala *PHQ-9* que determina a gravidade da depressão.

A *PHQ-2* é composta de duas perguntas, auto aplicáveis sobre a frequência de humor deprimido e anedonia nas últimas duas semanas, pontuando cada um entre 0 ("nada") a 3 ("quase todos os dias"). A soma dos totais superior ou igual a 3 indica que a depressão é muito provável.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados individuais e dos instrumentos utilizados foram registrados em tabelas excel. Os encontros para a segunda coleta do questionário de qualidade de vida, *WHOQOL-bref*, foram realizados em um período compreendido entre 30 e 60 dias, por aproveitamento de oportunidade com os usuários que participaram da primeira etapa e seguiram utilizando o serviço de acordo com seus PTS ou por busca ativa, realizada pela pesquisadora, por telefone e agenda para as entrevistas.

O teste Shapiro-wilk foi aplicado para avaliar a distribuição normal dos domínios do *WHOQOL-bref*. Variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas, através de média e desvio padrão. O teste T de Student para comparação de amostras pareadas foi realizado a fim de verificar se a mudança na qualidade de vida (QV) entre os momentos 1 e 2 foi significativa. A mudança da QV ocorrida

entre os dois momentos foi calculada subtraindo-se o valor final do inicial para cada um dos domínios, a qual denominamos Delta. Para análises de associação de variáveis individuais e as mudanças na qualidade de vida, foram realizados os testes T de Student para amostras independentes e análise de variâncias (ANOVA). Os dados foram tabulados através de sintaxes específicas utilizando o programa *Statistical Package Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

O projeto para este estudo foi analisado e aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, através do parecer 3.721.889 e registro CAAE 17551919.3.00000.5530.

4 RESULTADOS

O estudo incluiu 36 pacientes, sendo que 30 tiveram o segundo questionário de avaliação da qualidade de vida respondido de 30 a 60 dias após a intervenção no CAPS AD III, e foram considerados os sujeitos deste estudo. De forma geral, os usuários apresentaram alto grau de dependência do álcool, muitas morbidades, principalmente depressão e doenças cardiovasculares, alta vulnerabilidade socioeconômica, baixa renda e rede social de apoio pobre. As características individuais, socioeconômicas e as doenças auto referidas podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1. Características individuais, socioeconômicas e doenças auto referidas dos usuários admitidos para a ação de acolhimento noturno (n=36)

Características	Frequência (N)	%
Idade (média DP)	46.81 (DP= 10.94)	
Sexo		
Feminino	8	22,20
Masculino	28	77,80
Raça/Cor		
Branca	23	63,90
Parda	6	16,70
Preta	7	19,40
Escolaridade		
Analfabeto	1	2,80
Fundamental	24	66,70
Ensino Médio	11	30,60
Situação Conjugal		
Solteiro	17	47,20
Casado	11	30,60
Separado/Divorciado	8	22,30
Situação de coabitação (Vive com alguém)		
Sozinho(a)	19	52,80
Companheiro/a	11	30,60

Pais/parentes/amigos	6	16,70
Situação habitacional		
Casa própria/aluguel	17	47,30
Peça cedida	4	11,10
Vive com parentes/amigos	10	27,80
Situação de rua	5	13,90
Situação Laboral		
Já trabalhou mas não trabalha mais	14	38,90
Trabalha e está em atividade atualmente	11	30,60
Trabalha mas não em atividade atualmente	11	30,60
Fonte de Renda		
Salário/autônomo	10	27,80
Benefícios (auxílio doença, BF,BPC)	16	44,50
Aposentadoria	3	8,30
Sem rendimento	7	19,40
Valor renda mensal		
<= R\$ 100,00	11	30,60
R\$ 101,00 à 1.045,00	10	27,80
> R\$ 1.045,00	15	41,70
Ocupação		
Serviços Gerais (pedreiro, padeiro,eletricista, porteiro, pintor, garçon)	20	55,50
Faxineiro/auxiliar de higienização	9	25,00
Técnico Enfermagem	1	2,70
Cobrador Ônibus	3	8,30
Vigilante	2	5,50
Gerente Loja	1	2,70
Doenças Auto Referidas		
Psiquiátricas		
Depressão	26	78,80
Bipolaridade	7	21,20
Esquizofrenia	2	12,10
Cardiovasculares	27	81,90
Pulmonares	4	12,50
Infecciosas	14	42,50
Osteoarticulares	11	33,40

Diabetes Mellitus	4	12,10
Câncer	1	3,00
Nenhuma/Outra	2	6,00

A amostra foi composta em sua maioria por homens (77,9%), com média de idade de 47 anos, o grau de escolaridade predominante foi o ensino fundamental (66,7%), solteiros (47,2%) vivendo sozinhos (52,8%). Quase metade da amostra (47,3%) residem em casa própria ou alugam a residência, já em relação à atividade laboral, a amostra foi mais homogênea, sendo que 38,9% dos entrevistados já trabalhou mas não exerce mais nenhuma atividade, 30,6% da amostra respondeu que está exercendo atividade laboral e 30,6% trabalha, porém não atualmente. Apenas 27,8% da amostra referiu que sua renda provém de seu trabalho/salário; 44,5% recebem algum tipo de benefício social e 19,4% afirmaram não possuir nenhuma renda; o que perfaz quase 70% da amostra de indivíduos que apresentam renda desvinculada a atividade laboral. A baixa renda relatada reforça a descrição anterior: 11 participantes (30,6%) relataram renda mensal de até R\$ 100,00; 27,8% recebem até um salário mínimo e 41,7% recebem mais de um salário ao mês. Em relação as doenças referidas, apenas três usuários (7,3% da amostra) negaram alguma outra patologia; em média, os entrevistados referiram 2 a 3 doenças além do alcoolismo, o que perfaz 92,7% dos participantes do estudo. As multimorbidades referidas mais citadas pelos usuários, foram as cardiovasculares 81,9% seguida de depressão, que perfaz 78,8%, cada uma avaliada para 100% da amostra. Para a maioria das variáveis sócio econômicas não houve diferença significativa entre o sexo masculino e feminino com exceção da variável renda ($p=0,02$).

O acolhimento noturno é sugerido para dependentes químicos sem indicação técnica de internação hospitalar e visa evitá-la, através de diversos dispositivos de cuidado ofertados pela equipe multidisciplinar. Sua indicação pode ter um objetivo específico ou diversos: desintoxicação assistida; fortalecimento de vínculo e motivação; ajuste medicamentoso; apoio pré ou pós internação hospitalar, apoio pré ou pós Comunidade Terapêutica, necessidade de afastamento familiar temporário, redução de danos, apoio pós crise/recaída, e diversos outros, a depender do objetivo do PTS e da complexidade assistencial exigida.

O tempo de permanência no acolhimento noturno é avaliado e estimado entre equipe

e usuário e varia de 01 (um) à 14 (quatorze) dias; os participantes deste estudo permaneceram no acolhimento noturno por 12 dias, em média. Os dispositivos de cuidado durante essa modalidade de cuidado foram quantificados de acordo com os mais frequentemente ofertados, levando-se em consideração que cada projeto terapêutico é singular.

Em média, cada usuário é avaliado pelo médico psiquiatra 5 vezes no período de permanência no acolhimento; o médico psiquiatra é o responsável pelo acompanhamento relativo às prescrições e adequações medicamentosas; o serviço dispõe de uma médica de família e comunidade que acompanha a parte clínica destes usuários bem como a vinculação deste e de sua família à atenção primária. Durante o tempo de coleta de dados (8 meses) a média de atendimentos para cada usuário em acolhimento noturno por esta profissional foi de 2 consultas. O Técnico de Referência (TR), faz em média 5 avaliações/atendimentos neste período e é o responsável por construir junto ao usuário seu PTS, não somente no acolhimento noturno, mas na continuidade do cuidado ao longo de todo o acompanhamento. A profissional farmacêutica é responsável pela separação diária dos medicamentos conforme prescrição médica, do controle de estoque e de discussões farmacológicas com o médico assistente, e assistiu cada usuário, em média, 8 vezes no período. Como o acompanhamento da enfermagem se dá por turnos (manhã, tarde e noite) o usuário em permanência 24 horas no CAPS - acolhimento noturno - é avaliado pelo menos 3 vezes ao dia, uma vez por turno, por cada enfermeiro. Ainda, recebe assistência prestada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, responsáveis pela administração dos medicamentos prescritos, controle dos sinais vitais, acompanhamento em exames, alimentação, entre outras atividades; dessa forma, o usuário nesta modalidade de tratamento tem avaliações e acompanhamento diário pela enfermagem em tempo integral. Os indivíduos deste estudo participaram de atividades coletivas em média em 8 momentos distintos; são atividades de cunho terapêutico, direcionadas e indicadas de acordo com a fase de tratamento que cada indivíduo se encontra durante a permanência no CAPS AD.

A tabela 2 apresenta os resultados relativos a severidade do alcoolismo bem como o rastreio para depressão na amostra.

Tabela 2. Grau de dependência alcoólica e rastreio para depressão dos usuários admitidos no acolhimento noturno (n=36)

Instrumento/Classificação	Frequência (N)	%
<i>Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD)</i>		
<u>Gravidade do Alcoolismo</u>		
0-9 Leve	0	0,00
10-19 Moderada	6	16,70
20-45 Grave	30	83,30
<i>Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)</i>		
<u>Rastreio de Depressão</u>		
Depressão MUITO provável	30	83,30
Depressão POUCO provável	6	16,70

Quanto a gravidade da dependência por álcool, nenhum usuário foi classificado como alcoolista leve; já 83,3% da amostra foram classificados como dependentes graves, o que confirma a necessidade de cuidado em CAPS AD porte III, que deve tratar transtornos/sofrimento mental moderado a grave. O resultado do rastreio para depressão foi igual ao resultado colhido para a gravidade do alcoolismo: 83,3% da amostra foram rastreados para depressão muito provável, resultado próximo ao encontrado na depressão auto-referida (69,4%) apesar de que neste último caso, só referiram depressão, os participantes que sabiam que usavam medicamentos para tal, portanto, é possível que outros usuários também o fizessem, mas não tinham conhecimento do medicamento ou clareza sobre o diagnóstico.

Abaixo são apresentados os dados coletados através das entrevistas nos momentos 1 e 2 pelo instrumento *WHOQOL-bref* com os cálculos dos escores mínimo, máximo, média, delta (d=mudança), desvio padrão e significância de cada um dos domínios que forma o instrumento: a autoavaliação da QV, da capacidade física, psicológica, das relações sociais e do ambiente.

Tabela 3. Distribuição dos escores mínimo, máximo, média, delta (d), desvio padrão (DP) e significância (p) dos domínios avaliados pelo *WHOQOL bref* nas entrevistas 1 e 2 (n=30)

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	delta(d) E1 e E2 /(DP)	Valor p
Auto Avaliação da QV (E1)	0.00	62.50	30.83		
Auto Avaliação da QV (E2)	12.50	87.50	51.66	20.83 (32.05)	0,001
Físico (E1)	7.14	75.00	36.19		
Físico (E2)	14.29	78.57	55.71	19.52 (18.05)	0,000
Psicológico (E1)	16.67	70.83	38.74		
Psicológico (E2)	25.00	79.17	55.27	16.80 (15.18)	0,000
Relações Sociais (E1)	0.00	91.67	46.11		
Relações Sociais (E2)	25.00	75.00	51.11	05.00 (22.48)	0,233
Meio Ambiente (E1)	21.88	62.50	40.62		
Meio Ambiente (E2)	31.25	78.13	52.91	12.29 (11.19)	0,000

A avaliação da percepção da qualidade de vida (QV) nas entrevistas 1 e 2, mostrou diferença significativa positiva em todos os domínios, com exceção do domínio relações sociais que teve o menor resultado de percepção de QV e não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos (d=05,00, DP 22.48 e p=0,233).

A autoavaliação da qualidade de vida (AAQV) é o domínio composto por duas perguntas gerais em relação a satisfação geral da vida e sobre a satisfação com sua saúde, especificamente. Este foi o domínio que teve melhor percepção de mudança (d=20,03 e p=0,001); foi seguido do domínio físico (d=19,52 e p=0,000) ou seja, houve melhora importante da percepção de melhora na capacidade física, de diminuição de dor, disposição para o trabalho, mobilidade, percepção de melhora em relação ao sono e repouso, mais energia e menos fadiga. Houve melhora da percepção no domínio psicológico, após a intervenção (d=16,80 e p=0,000); neste, avalia-se a percepção referente a auto-estima,

sentido de vida, percepção de capacidades, diminuição na frequência de sentimentos negativos. O domínio relações sociais foi o que no primeiro momento (E1) apresentou os valores mais limítrofes, tanto para o mínimo (0,00) quanto para o valor máximo (91,67), mostrou pouca variação de mudança da E1 para E2 ($d=05,00$ $p= 0,233$); neste domínio, avalia-se questões relacionadas à percepção de satisfação com as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), sentir-se ou não apoiado, oportunidades de lazer e necessidades econômicas, atividades sexuais. O último domínio avaliado foi o meio ambiente, onde os participantes responderam sobre o ambiente físico onde moram, segurança, recursos ofertados e financeiros, atividades de lazer e acesso aos serviços que necessitam; houve melhora da percepção, neste sentido o que também foi comprovado pelo valor p ($d=12,29$ e $p=0,000$).

Para avaliar a associação das mudanças nas dimensões da qualidade de vida de cada um dos domínios avaliados pelo *WHOQOL bref* com as variáveis individuais propostas pelo estudo, foram realizadas análises de variância das médias, apresentadas na Tabela 4.

As variáveis que mostraram significância estatística nesta análise foram sexo, situação habitacional e gravidade do alcoolismo.

Tabela 4. Associação das variáveis do estudo e da mudança (delta) da qualidade de vida (QV) dos domínios avaliados pelo *WHOQOL bref* nas entrevistas 1 e 2 (n=30)

Escores WHOQOL-bref (mudança (d) e Desvio Padrão (DP))						
Variáveis		Autoavaliação QV	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Sexo	Feminino	-2,08 (33,92)	13,09 (18,85)	15,27 (16,17)	9,72 (33,08)	9,37 (18,95)
	Masculino	26,56 (29,56)	21,13 (17,90)	17,18 (15,26)	3,81 (16,80)	13,02 (8,77)
	Valor p	0,048	0,338	0,788	0,574	0,664
Idade	<=47 anos	29,46 (32,37)	16,83 (18,71)	16,66 (14,24)	-1,78 (21,96)	10,71 (8,89)
	> 47 anos	13,28 (30,77)	21,87 (17,73)	16,92 (16,41)	10,93 (21,88)	13,67 (13,00)
	Valor p	0,172	0,456	0,964	0,124	0,480
Coabitação						
	Vive com alguém					
	Sim	16,34 (37,28)	18,68 (20,62)	16,98 (13,55)	0,64 (21,64)	12,98 (9,78)
Filhos	Não	24,26 (28,11)	20,16 (16,46)	16,66 (16,73)	8,33 (23,19)	11,76 (12,42)
	Valor p	0,512	0,828	0,955	0,362	0,774
Filhos	Sim	16,84 (33,20)	17,70 (18,47)	14,13 (15,32)	1,81 (20,55)	10,59 (10,56)
	Não	33,92 (25,73)	25,51 (16,42)	25,59 (11,64)	15,47 (26,97)	17,85 (12,19)
	Valor p	0,223	0,325	0,080	0,163	0,135
Escolaridade						
	Analfabeto/Fundamental	21,42 (28,54)	20,23 (18,18)	15,67 (15,41)	4,76 (21,01)	12,64 (8,80)
	Ensino Médio	19,44 (41,03)	17,85 (18,72)	19,44 (15,16)	5,55 (27,00)	11,45 (16,08)
Situação habitacional	Valor p	0,880	0,747	0,542	0,931	0,795
	Casa própria	34,37 (38,23)	20,98 (18,15)	29,16 (12,79)	21,87 (19,88)	16,79 (11,32)
	Cedida/alugada/parentes	13,23 (28,46)	17,64 (19,33)	13,48 (10,77)	-0,98 (20,59)	10,66 (11,37)
Situação de rua						
	Situação de rua	25,00 (31,86)	23,57 (15,89)	8,33 (21,81)	-1,66 (22,36)	10,62 (10,50)
	Valor p	0,301	0,796	0,016	0,040	0,428

Raça/Cor	Branca	23,31 (32,78)	19,17 (20,10)	16,66 (13,32)	4,82 (19,50)	11,01 (10,59)
	Parda	-8,25 (23,93)	21,42 (18,67)	4,16 (22,82)	-4,16 (27,63)	11,71 (11,23)
	Preta	21,42 (29,50)	17,38 (13,65)	24,40 (12,13)	10,71 (28,75)	16,07 (13,55)
	Valor p	0,184	0,976	0,101	0,588	0,606
Doenças Auto Referidas						
Psiquiátricas	Sim (n=22)	18,75 (33,35)	22,40 (17,98)	18,75 (16,45)	5,30 (24,83)	12,35 (12,21)
	Não (n=8)	26,56 (29,45)	11,60 (16,83)	11,45 (9,89)	4,16 (17,81)	12,10 (8,42)
	Valor p	0,564	0,151	0,252	0,905	0,958
Cardiovasculares	Sim (n=17)	15,44 (28,82)	18,90 (13,46)	16,42 (15,76)	4,41 (24,49)	12,31 (12,27)
	Não (n=13)	27,88 (35,775)	20,32 (23,34)	17,30 (15,00)	5,76 (20,52)	12,25 (10,08)
	Valor p	0,300	0,835	0,877	0,873	0,989
Pulmonares	Sim (n=2)	31,25 (44,19)	26,78 (22,72)	16,66 (17,67)	-8,33 (47,14)	11,83 (11,42)
	Não (n=28)	20,08 (31,97)	19,00 (18,08)	16,81 (15,36)	5,95 (21,13)	18,75 (4,41)
	Valor p	0,642	0,565	0,990	0,385	0,408
Infeciosas	Sim (n=10)	13,75 (29,72)	12,14 (16,59)	15,41 (19,54)	0,00 (16,66)	8,43 (12,14)
	Não (n=20)	24,37 (33,31)	23,21 (18,00)	17,50 (13,00)	7,50 (24,91)	14,21 (10,31)
	Valor p	0,402	0,115	0,730	0,399	0,187
Osteoarticulares	Sim (n=9)	12,50 (32,47)	22,22 (19,37)	15,74 (18,60)	10,18 (24,57)	10,41 (14,65)
	Não (n=21)	24,40 (31,98)	18,36 (17,83)	17,26 (13,96)	2,77 (21,78)	13,09 (9,66)
	Valor p	0,360	0,601	0,806	0,418	0,557
Endócrinas	Sim (n=4)	43,75 (42,69)	17,85 (17,97)	15,62 (14,18)	12,50 (14,43)	14,84 (5,33)
	Não (n=26)	17,30 (29,59)	19,78 (18,41)	16,98 (15,58)	11,89 (11,85)	11,89 (11,85)
	Valor p	0,127	0,847	0,871	0,483	0,633
Nenhuma/outra	Sim (n=4)	21,87 (15,72)	23,21 (11,10)	11,45 (10,41)	4,16 (20,97)	15,62 (10,52)
	Não (n=26)	20,67 (34,08)	18,95 (18,99)	17,62 (15,78)	5,12 (23,10)	11,77 (11,39)
	Valor p	0,946	0,668	0,459	0,938	0,532
Gravidade Alcoolismo						
SADD	Moderado (n=6)	25,00 (41,07)	2,38 (10,98)	5,55 (17,21)	-1,38 (17,80)	6,25 (5,92)
	Grave (n=24)	19,79 (30,37)	23,80 (17,00)	19,61 (13,59)	6,59 (23,56)	13,80 (11,72)
	Valor p	0,729	0,007	0,040	0,446	0,142
Rastreamento Depressão						
PHQ2	Pouco Provável (n=4)	31,25 (38,86)	8,03 (9,39)	8,03 (9,39)	-8,33 (15,21)	16,40 (9,33)
	Muito Provável (n=26)	19,23 (31,47)	21,29 (18,52)	16,82 (15,78)	7,05 (22,93)	11,65 (11,47)
	Valor p	0,851	0,193	0,482	0,377	0,687

Os indivíduos do sexo masculino apresentaram a maioria dos domínios com valores de mudança (d) mais elevadas que as mulheres; a exceção foi o domínio relações sociais (feminino d=9,72 DP=33,08 e masculino d= 3,81 DP=19,80). O domínio que mostrou diferença com significância estatística foi o da AAQV (d=-2,08 DP=33,92) onde as pioraram a sua percepção de qualidade de vida, enquanto os homens aumentaram a mesma percepção (d=26,56 DP=29,56, p=0,048).

As mudança em relação a variável idade apresentaram em todos os domínios melhores resultados de percepção para os usuários com idade igual ou superior a 47 anos, a não ser na AAQV, onde o resultado foi menor para essas pessoas <=47 anos (d=29,46

DP=32,37) e >47 anos (d=13,28 DP=30,77). Não foi possível verificar se a variável idade apresenta alguma relação estatisticamente significativa para que ocorra mudança na percepção da qualidade de vida ($p>0,05$).

Viver sozinho ou com alguém, não demonstrou resultados com significância estatística ($p>0,05$), porém em relação as mudanças na percepção da QV, verificou-se nesta amostra, que as pessoas que responderam não morar com ninguém apresentaram médias de percepção de mudança mais altas entre os momentos 1 e 2 das entrevistas nos domínios AAQV (d=24,26 DP=28,11), físico (d=20,16 DP=16,46) e social (d=8,33 DP=23,19).

A mudança na percepção da QV foi maior para o participantes que referiram não ter filhos em relação aos que referiram ter. Essa percepção de mudança foi maior em todos os domínios (AAQV d=33,92 DP=25,73); físico (d=25,51 DP=16,42); psicológico (d=25,59 DP=11,64); social (d=15,47 DP=26,97) e ambiente (d=17,85 DP=12,19) porém, não foi possível verificar significância estatística ($p>0,05$).

A variável escolaridade mostrou mudanças com valores semelhantes tanto para os que eram analfabetos ou tinham ensino básico, quanto para os que referiram ter completado o ensino médio e o valor $p>0,05$.

Em relação a situação habitacional, os resultados apontam para melhores escores de mudança em todos os domínios para aqueles que têm casa própria (AAQV d=34,37 DP=38,23); físico (d=20,98 DP=18,15); psicológico (d=29,16 DP=12,79); social (d=21,87 DP=19,88) e ambiente (d=16,79 DP=11,32). As pessoas em situação de rua tendem a apresentar as piores médias de percepção de mudança no que se refere a QV, com exceção do domínio físico (d=23,57) onde a mudança de percepção é maior neste grupo. Estatisticamente, os resultados que apresentaram significância foram os domínios psicológico ($p=0,016$) e relações sociais ($p=0,040$).

Não foi possível verificar significância estatística em nenhum dos domínios no que se refere a variável raça/cor ($p>0,05$). As piores médias de mudanças foram constatadas para quem se autodeclarou pardo; com exceção do domínio físico (d=21,42).

Os usuários que não referiram patologias psiquiátricas apresentaram médias de percepção de mudanças mais baixas para quase todos os domínios, a exceção foi a auto avaliação da QV onde este grupo apresentou maior percepção de mudança ($d=26,56$). Para indivíduos que referiram doenças cardiovasculares, as médias de mudança foram menores em comparação aos que não referiram ter. Em relação aos que referiram doenças pulmonares a média de mudança para o domínio relações sociais apresentou piora, já os indivíduos que não referiram doenças infecciosas apresentaram melhores médias de mudança na percepção da QV. Sujeitos que referiram ou não doenças endócrinas/outras ou nenhuma, apresentaram pouca diferença na média de mudança e não apresentaram significância estatística para este resultado ($p>0,05$).

Os indivíduos classificados com dependência alcoólica moderada, apresentaram as menores percepções de mudança em todos os domínios, chegando a apresentar piora da percepção no domínio relações sociais ($d=-1,38$ DP=17,80) a exceção foi a AAQV, onde houve melhora da percepção ($d=25,00$ DP=41,07). Já os indivíduos classificados como alcoolistas graves, mostraram resultados positivos em todos os domínios, ainda que na autoavaliação da QV esta média de mudança tenha ficado abaixo se comparada aos alcoolistas moderados (moderados $d=25,00$ DP=41,07; graves $d= 19,79$ DP=30,37). Para esta variável, foi possível verificar significância estatística nos domínios físico e psicológico ($p=0,007$ e $p= 0,040$).

Para o rastreio de depressão, os resultados foram similares aos apresentados em relação a gravidade da dependência: para pessoas que foram rastreadas como depressão pouco provável os domínios físico, psicológico, social e ambiente tiveram escores de média de mudança menores ($d=8,03$ DP=9,39, $d=8,03$ DP=9,39, $d=-8,33$ DP=15,21, $d=16,40$ DP=9,33 respectivamente) do que os indivíduos que foram rastreados com depressão muito provável ($d=21,29$ DP=18,52, $d=16,82$ DP=15,78, $d=7,05$ DP=22,93 e $d=11,65$ DP=11,47). Para a AAQV os indivíduos com depressão pouco provável apresentaram melhores resultados ($d=31,25$ DP=38,86) em relação aos com depressão muito provável ($d=19,23$ DP=31,47). Para esta variável, não foi possível verificar significância estatística ($p>0,05$).

5 DISCUSSÃO

A escolha do acolhimento noturno de um CAPS AD III como tecnologia do cuidado se deu por representar a oferta de uma combinação de tecnologias e abordagens multidimensionais, centradas nas necessidades dos sujeitos. Os participantes do estudo permaneceram em acolhimento noturno por 12 dias em média, resultado que está de acordo com o que vem sendo monitorado pela equipe responsável pelos indicadores, como a média de tempo de permanência nos últimos 4 anos de registro. O tempo de permanência nesta modalidade de cuidado é variável e pode ser explicado pela singularidade e necessidade de cada usuário, bem como a tolerância individual associada a gravidade do quadro.

Em um estudo transversal que analisou 593 prontuários, FERNANDES, S.S. et. al (2017) calcularam alto índice de abandono do tratamento para usuários de um ambulatório para dependência química, chegando a 82%. Estes dados estão de acordo com outro estudo brasileiro que aponta que mais de 50% dos usuários evadem-se do tratamento para dependência química no primeiro mês (ELBREDER, M.F.. et al, 2008) enfatizando ainda, que a probabilidade de abandono do tratamento é bastante alta nos primeiros dias.

No local do presente estudo, a taxa de permanência no acolhimento noturno no tempo indicado pela equipe no ano de 2019 foi de 85,7% (Fonte: Relatório Indicadores 2019 - CAPS AD III Passo a Passo). No mesmo ano, uma unidade de internação para tratamento para dependência química apresentou a mesma taxa (conclusão do tempo de permanência conforme indicação técnica) de 12,3% (Fonte: Indicadores Unidade Álvaro Alvim, Hospital das Clínicas, 2019). Portanto, avalia-se o resultado deste estudo de forma bastante positiva, quando comparado a taxas de abandono do tratamento trazidas pela literatura destacada e no exemplo citado. Ainda, a taxa de abandono de tratamento na amostra deste estudo foi de 16,7%, resultado considerado bastante satisfatório levando-se em conta a complexidade dos fatores associados ao alcoolismo e a histórica taxa de abandono para o tratamento desta patologia.

Mesmo havendo variações positivas na maioria dos domínios avaliados do momento inicial (Entrevista 1) para o momento pós intervenção (Entrevista 2) chama atenção a baixa

média de percepção de qualidade de vida como um todo para estes pacientes, achado que está de acordo com estudo de FLECK e colaboradores (2000) cujos indivíduos com morbidades psiquiátricas apresentaram tendência a piores escores avaliados pelo *WHOQOL-Bref* em pelo menos três dos quatro domínios (psicológico, relações sociais e meio ambiente).

Um estudo transversal que avaliou a associação entre gravidade de dependência do álcool e qualidade de vida através do *WHOQOL-bref*. LIMA et. al., 2002, sugere que há associação entre o grau de dependência alcoólica e a qualidade de vida, sendo que os indivíduos com maior gravidade apresentam as piores percepções em relação a QV em todos os domínios avaliados pelo instrumento; este estudo avaliou apenas a percepção da QV em um momento. Porém, em nosso estudo, os resultados apontam que os indivíduos classificados com dependência moderada, apresentaram as menores percepções de mudança em todos os domínios, chegando a apresentar piora da percepção no domínio relações sociais ($d=-1,38$ DP=17,80) a exceção foi a auto avaliação da qualidade de vida, onde houve melhora da percepção ($d=25,00$ DP=41,07). Neste caso, os indivíduos classificados como alcoolistas graves parecem perceber de forma mais significativa as mudanças ocorridas na qualidade de vida no decorrer do tratamento nos domínios físico ($d=23,80$ DP=17,00), psicológico ($d=19,61$ DP=13,59), social ($d=6,59$ DP=23,56) e meio ambiente ($d=13,80$ DP=11,72). É possível que esta percepção de mudança seja maior para indivíduos mais graves levando-se em consideração o fato de que muitas áreas de sua vida estão afetadas de forma negativa quando ele acessa o serviço de saúde buscando auxílio, seja por motivação própria, seja levado por outras pessoas. Ao engajar-se no tratamento, o indivíduo consegue interromper o ciclo ingestão/intoxicação/efeitos positivos e negativos e nova ingestão; ou seja, a interrupção desse ciclo traz consigo a possibilidade de retomada ou melhoria do contato social, sensação de melhora física e melhora da percepção do meio em que se encontra. Os domínios físico e psicológico mostraram mudanças com significância estatística ($p=0,007$ e $p= 0,040$) em pacientes com alto grau de dependência do álcool, sugerindo que a atenção ofertada pelo CAPS AD III é efetiva para casos graves de dependência.

Longabaugh e colaboradores (1994), salientam a dificuldade em relação ao consumo do álcool e os efeitos em diversas áreas da vida do sujeito, citando como exemplo, que o uso de álcool pode melhorar a habilidade social em certas situações, assim como pode ser mais intenso em situações de crise. Esta afirmação vem ao encontro dos achados deste estudo, onde o domínio social foi o que apresentou o menor valor de percepção de mudança ($d=5,00$). A mudança de percepção pode levar tempo e para o indivíduo adicto, principalmente pelas características de desinibição ocasionadas pelo álcool que podem dar a falsa impressão de que as relações sociais fluem com mais facilidade. Neste sentido, estar “sóbrio” pode ser, muitas vezes, fator desencadeante de ansiedade, desorganização e conflitos, destacando-se aqui as relações sociais que ocorrem neste período de tratamento. Outro aspecto relevante é que a presença de sintomas psiquiátricos pode afetar a capacidade do indivíduo em manter ou em perceber como se desenvolvem as suas relações sociais (LIMA, 2002). Concordando com os achados em nosso estudo, FLECK (2000) afirma que pacientes psiquiátricos tendem a apresentar escores de avaliação de qualidade de vida mais baixos em todos os domínios avaliados pelo *WHOQOL bref*, quando comparados a pacientes com outras patologias e grupo controle, exceto no domínio relações sociais e aponta coeficientes de relação mais baixos desse domínio em relação aos demais.

Quanto a situação habitacional, os resultados apontam melhores escores de mudança em todos os domínios para aqueles que têm casa própria (AAQV $d=34,37$ DP=38,23); físico ($d=20,98$ DP=18,15); psicológico ($d=29,16$ DP=12,79); social ($d=21,87$ DP=19,88) e ambiente ($d=16,79$ DP=11,32). Ainda assim, é preciso destacar que apesar da alta vulnerabilidade social e baixos escores de avaliação de QV apresentada pelos usuários que referiram estar em situação de rua, houve melhora desta percepção entre os dois momentos de coleta de dados em todos os domínios, com exceção do domínio relações sociais.

Apesar de os indivíduos do sexo masculino apresentarem a maioria dos domínios com valores de mudança (d) mais elevadas que as mulheres, não foi possível analisar se a variável gênero provoca diferenças na percepção da QV nos demais domínios, a não ser na AAQV onde no segundo momento de avaliação as mulheres pioraram sua percepção ($d=-2,08$ DP=33,92) enquanto os homens aumentaram significativamente ($d=26,56$

DP=29,56, $p=0,048$). SIMÃO E DALBEN (2002) discorrem sobre a visão preconceituosa lançada pela sociedade, incluídos os profissionais da saúde, para a mulher que faz uso nocivo do álcool; ela é vista como imoral, inconsequente, como aquela que abandona seus papéis de mãe, esposa, filha, entre outros. O resultado é uma busca menos frequente dos serviços de saúde por esta causa e o diagnóstico tardio com maiores prejuízos, tanto clínicos quanto emocionais. Os achados deste estudo corroboram com os de NOVAES, et. al (2000) que afirma que mulheres alcoolistas apresentam significativamente maiores índices de depressão, baixa autoestima e tendência a pensamentos paranóides quando comparadas a homens alcoolistas que por sua vez tendem a apresentar mais transtornos de personalidade.

FOSTER e colaboradores (1999) afirmam que a variável gênero não provoca diferenças na percepção de QV, mas os próprios autores enfatizam que talvez os construtos atuais para esta avaliação não sejam adequados para identificar estas diferenças e sejam necessários estudos mais detalhados para avaliar esta questão.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de ter sido atingido o número de coletas proposto pelo cálculo da amostra, entende-se esta como uma limitação deste estudo. Ocorre que de outubro de 2019 à fevereiro de 2020 os novos acolhimentos foram suspensos no local de estudo, devido a reivindicações de melhorias/adaptações na estrutura física e no quadro de profissionais, por conta da mudança do modelo de atendimento imposta pela Secretaria de Saúde (SMS) do município. Com isso, o número de usuários com critérios de inclusão foi limitado. No mês de março, a coleta teve de ser encerrada, devido a mudança nos processos de trabalho do CAPS AD III Passo a Passo ocasionado em virtude da pandemia por COVID-19. As atividades coletivas tiveram de ser suspensas, os dias em permanência no acolhimento noturno foram limitados a 7 dias e os acompanhamentos eletivos tiveram de ser cancelados em virtude das recomendações de isolamento social. Entende-se que os dados não podem ser extrapolados para os dependentes de álcool de uma forma generalizada, uma vez que a amostra foi composta por indivíduos dependentes de álcool que em alguns casos, perceberam a necessidade de tratamento, o que sugere que poderia haver motivação para mudança.

7 CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que mesmo para usuários com dependência alcoólica grave, alta vulnerabilidade socioeconômica e multimorbidade, a autoavaliação de QV apresentou melhoras significativas após a intervenção no acolhimento noturno e seguimento do tratamento no CAPS AD III, juntamente com os domínios físico, psicológico e do meio ambiente, mostrando a potencialidade desse serviço na reinserção social e na autonomia desses sujeitos. A pesquisa permitiu constatar baixa taxa de abandono do tratamento, quando comparada a taxas de abandono trazidas pela literatura consultada, o que sugere que as estratégias terapêuticas adotadas durante o período de acolhimento noturno, somadas a continuidade do plano terapêutico singular são capazes de produzir vínculo e adesão ao tratamento proposto, diminuindo internações hospitalares reincidentes e por vezes desnecessárias. Finalmente, o estudo evidenciou a importância do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas como dispositivo do SUS, não somente para acolher usuários com dependência moderada a grave de álcool que frequentemente apresentam outras morbidades psiquiátricas associadas, mas como ponto potente da rede de atenção à saúde, capaz de reduzir danos causados por este uso prejudicial, evitar inúmeras internações hospitalares e melhorar a percepção de qualidade de vida desta população.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S., “Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas” Cad. Saúde Pública vol.25 no.11 Rio de Janeiro nov. 2009 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. “A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a política de saúde mental”. Portal da Saúde. Brasília-DF; 2018 [acesso em 21.01.2019]. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma/html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)”: PPA 2012-2015 pág. 382-395 [internet] acessado em 21.01.2019. Brasília-DF, 2016. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_2012_2015.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. “Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece a constituição e modalidades de serviços CAPS I, CAPS II e CAPS III por ordem crescente de porte e/complexidade e abrangência populacional”. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Portaria nº 816, 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”. Brasília-DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. “Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes ao uso de crack álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Brasília-DF, 2011.

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

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. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 9.761 de 11 de Abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre drogas. Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: 2019. Disponível em:

<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 25 Jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Saúde Mental em Dados – 12” Ano 10, n 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro 2015. (acesso em 12.03.2019)

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-DF, 2017,

BRASIL. Ministério da Saúde. “Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017” - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA datasus.saude.gov.br/cadastros-nacionais/255-sala-de-apoio-a-gestao-estrategica-sage

BANDEIRA, M.,[et al.].; “Avaliação dos serviços de saúde mental: Princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida” Petrópolis, RJ: ed. Vozes, 2018.

BALTIERI D.A., CORRÊA F. JM. “Role of two clusters of male alcoholics in treatment retention”. Eur Addict Res. 2012;18(4):201-11.

BARROS, S.,[et al.]. “Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde” Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, V.45. Universidade de São Paulo,-SP, 2011. DOI 10.1590/S0080-62342011000800025

BERLIM, MT, FLECK, MP. “Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry”. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(4):249-52.

CASTEL, S.; BHOCHGRAF, P.; ANDRADE,A. “Transtornos Psiquiátricos Associados ao Uso de Substâncias Psicoativas”. In: NETO, MRL et al. Psiquiatria Básica. Porto Alegre, 1995.

CARLINI, E. A. (supervisão) [et. al.], “II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005” São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CAMPÊLO, S.R.; BARBOSA, M.A.; PORTO, C.C.; “Qualidade de vida em pesquisas com usuários em tratamento para abuso e dependência de substâncias” Rev. Eletr. Enf. [internet] 2015 out./dez. Disponível em: <http://dx.doi.org/105216/ree.v17i4.31515>

CORDIOLI, A. V, .[et al.]. “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association. 5. ed. ISBN 978-85-8271-089-0 1.– Dados eletrônicos. –

Porto Alegre : Artmed, 2014.

DIEHL, A.,[et al.]; “Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas”
Psiquiatria Dependência Química. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ELBREDER, M.F., LARANJEIRA R., SIQUEIRA M.M., BARBOSA D.A., “Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química”. J Bras Psiquiatr. 2008;57(1):9-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100003>.

FERNANDES, S.S, [et al.]; “Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores identificados a partir de um trabalho de busca ativa” Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 131-137 DOI: 10.1590/1414-462X201700020268.

FLECK, M.P.A, [et al.]; “Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref” Rev. Saúde Pública vol.34, n.2, São Paulo Apr. 2000 <http://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

FLECK, M.P.A., [et al.]; “Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)” Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28.

FOSTER, J.H., POWELL, E.J., MARSHALL, T.J., “Quality of Life in alcohol-dependent subjects - a review.” Quality of Life Research 1999; 8:255-61.

KANH D. “The dichotomy of drugs and psychoterapy”. Psychiatr Clin North Am.1990;13(2):197-208.

LARANJEIRA, R.; “Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo”. J Bras Psiq,1996, 45(4): 191-196.

LIMA, A.F.B. DA SILVA; FLECK, M.P. DE ALMEIDA; PECHANISKY, F; “Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool” UFRGS, CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA CLÍNICA MÉDICA, Dissertação Mestrado, 2002.

LONGABAUGH R., MATSSON, M.E., CONNORS, G.J., “Quality of Life as an Outcome Variable in Alcoholism Treatment Research.” J Stud Alcohol 1994; 12: 119-29.

NOVAES, C. et al., “Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas”. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 27, n. 1, p. 16-21, jan./fev. 2000.

OSLIN, D.W, PETTINATI H, VOLPICELLI Jr.; “Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes”. Am J Geriatr Psychiatry. 2002;10(6):740-7.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; “Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) do Sistema Único de Saúde” Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

OLIVEIRA, M. S., Laranjeira, R., Araújo, R. B., Camilo, R. L., Schneider, D. G. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. Psicologia: Reflexão e Crítica, (2003) 16(6), 265-270.

ORSI, M. M., & Oliveira, M. S., “Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína”. Estudos de Psicologia , 23 (1), 3-12. Campinas, (2006).

PORTUGAL, F.B., et.al. “Carga de doença no Brasil: um olhar sobre o álcool e a cirrose não viral” Ciênc. saúde coletiva vol.20 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2015
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.01142014>

PAYÁ, R., [et al.] “Como é a qualidade de vida nos dependentes de álcool” UNIAD - (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) / UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) Monografia, 1999. https://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/_ acesso em 20.04.2019

RIBEIRO, M. S., [et al.] “Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas.” Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 57(1), 203-211, 2008.

RAISTRICK, Short-Form Alcohol Dependence Data - SADD, 1983 - validado para o Brasil por Jorge e Mansur, 1986.

SIMÃO, M.K.C.F.; DALBEN, I. “Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução”. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 121-129, set. 2002.

SIMPSON, D.D.; JOE, G.W., BRONW, B.S.; “Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study” (DATOS). Psychol Addict Behav. 1997;11:294-307.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L.; “Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano” 1º ed. Rio de Janeiro: ed. Atheneu, 2017.

TIFFANY, S.T. [et al.]; “Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substances use disorders” Addiction (série online) 2012 disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21981638>

VOLK, R.J., [et al.] “Alcohol Use Disorders, Consumption Patterns And Health-Related Quality Of Life Of Primary Care Patients.” Alcohol Clin Exp Res. 1997;21 Suppl 5: 889-05.

WHOQOL Group no Brasil. UFRGS; “Projeto Whoqol-BREF” Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, Professor Titular Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre – RS - Brasil, 1996.

WHOQOL Group.; “People and Health: What quality of life?” World Health Forum 1996,

17:354-356.

WHOQOL Group.; “Development of the WHOQOL: rationale and current status” Int J Mental Health, 1994; 23:24-56.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.; “WHOQOL Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment” Field Trial Version, The WHOQOL Group, Programme on Mental Health - Geneva, Suíça, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.; “Global status report on alcohol and health”. Geneva: World Health Organization; 2011. [citado 2012 ago 27] Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/sbgs_ruprofiles.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.; “Mental Health Atlas 2017”. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental

WHOQOL Group. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4)

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS), da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. A pesquisa tem como título: “AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA ATRAVÉS DA AFERIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS ALCOOLISTAS EM CAPS AD III” que acontecerá no CAPS AD III Passo a Passo - Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre (RS).

Ao aceitar participar desta pesquisa, você será entrevistado (a) no momento da admissão no acolhimento noturno e novamente, sessenta dias após a data da primeira entrevista. Neste primeiro momento, serão aplicados dois questionários: o primeiro nos auxiliará a entender um pouco mais sobre seu hábito de beber e como a ingestão do álcool afeta o seu dia-a-dia. O segundo questionário é usado para avaliar a qualidade de vida, de um modo mais geral. Nele, você responderá 26 perguntas relacionadas ao seu bem estar físico, psicológico, social e sua relação com o meio ambiente. Todas as questões deverão ser respondidas. Caso você não tenha certeza sobre que resposta dar em uma questão, deverá escolher entre as alternativas descritas a que lhe parecer mais apropriada. Para responder o questionário é importante que você tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

O objetivo deste estudo será avaliar como o tratamento no CAPS AD III influencia na percepção da qualidade de vida das pessoas que fazem tratamento para a dependência do álcool, o que muda na vida do usuário, se há melhoras, alcance dos objetivos, se influencia em seu bem estar físico, psicológico e em suas relações pessoais.

Pág 2/3

Certificamos que todos os seus dados serão utilizados de forma anônima, confidencial e exclusivamente para fins de estudo. Essa avaliação não trará nenhum malefício e nenhum custo

econômico para você. Os riscos possíveis são mínimos, relacionados a algum desconforto ao preencher ou responder os questionários.

Durante todo o processo de pesquisa você será acompanhado (a) pela equipe, e caso não participe você não deixará de receber a devida assistência. É possível que você se beneficie diretamente participando dessa pesquisa, uma vez que ao responder os questionários é possível dar-se conta de vários aspectos de sua vida, porém não se pode garantir que esse processo reflexivo ocorra, visto que trata-se de percepção subjetiva e individual.

Ressaltamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC respeitando todos os aspectos éticos e legais de pesquisa na área da saúde e em humanos. Os pesquisadores colocam-se à disposição para qualquer esclarecimento durante e após a pesquisa. Se você concordar em participar deve ler atentamente este termo e assiná-lo. Certificamos que todos os seus dados serão utilizados de forma anônima, confidencial e exclusivamente para fins de estudo, guardados por 5 anos e após destruídos conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde na Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012.

Pelo presente termo de consentimento livre esclarecido declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado (a) de forma clara, detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e manipulação quanto aos aspectos referentes a esta pesquisa.

Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
 - De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento na instituição;
 - Da garantia que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
 - Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Patrícia Martini pelo telefone: (51) 33451759 ou pelo e-mail: pmartini@ghc.com.br e endereço: Rua Carneiro da Fontoura, nº 57 Bairro: Passo D'Areia– Porto Alegre.
 - O presente termo será apresentado em duas vias e será entregue uma cópia ao participante da

pesquisa e ao pesquisador, após a assinatura. Para participantes que se declaram analfabetos, será solicitada a assinatura de uma testemunha.

Também fui informado (a) que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2875, endereço Av. Francisco Trein, 326, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, CETPS (Escola Técnica GHC) 1º andar – Gerência de Ensino e Pesquisa, das 08h às 12h e das 14h:30h às 15:30h;

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Testemunha (para participantes que se declaram analfabetos) _____

Pág 3/3

Anexo 1

Short-Form Alcohol Dependence Data - SADD (Raistrick, 1983) validado para o Brasil por Jorge e Mansur, 1986)

	Nunca	Poucas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	0	1	2	3
2. Acontece de você deixar de comer por causa de bebida?	0	1	2	3
3. Você planeja seu dia em função da bebida?	0	1	2	3
4. Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	0	1	2	3
5. Na falta de sua bebida preferida você toma qualquer outra?	0	1	2	3
6. Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	0	1	2	3
7. Você acha que o quanto você bebe chega a lhe prejudicar?	0	1	2	3
8. No momento em que você começa a beber, é difícil parar?	0	1	2	3
9. Você tenta se controlar (tenta deixar de beber)?	0	1	2	3
10. Na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?	0	1	2	3
11. Você acorda com tremores nas mãos na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	0	1	2	3
12. Depois de ter bebido muito, você levanta com náuseas ou vômitos?	0	1	2	3
13. Na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	0	1	2	3
14. Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que era imaginação sua?	0	1	2	3
15. Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	0	1	2	3

A gravidade é dada por pontuações elevadas (0-9 é leve; 10-19 é moderada; 20-45 é grave).

Anexo 2

WHOQOL- Bref/WHOQOL – ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Referencias

The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Soc. Sci. Med, 1995, 41(10):1403-1409.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de saúde pública, 2000, 34(2):178-183

Anexo 3

RASTREIO DE DEPRESSÃO – PHQ 2

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

(Circule os algarismos para indicar a sua resposta):

	Nunca	Em vários dias	Em mais da metade dos dias	Em quase todos os dias
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3

Total:

Soma dos totais das
colunas= _____ + _____ + _____ + _____ = _____

Soma dos totais superior ou igual a 3 = depressão é muito provável.

Desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsa de estudos da Pfizer Inc.

Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.