

Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III

Night Admission at a Psychosocial Care Center III

Acogimiento Nocturno en un Centro de Atención Psicossocial III

Thuany Cristine Santos da Silva¹

ORCID: 0000-0001-8152-0056

Tatiana Marques dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-0811-6174

Izabella de Góes Maciel Tavares Campelo¹

ORCID: 0000-0002-6801-6768

Maria Manuela Vila Nova Cardoso¹

ORCID: 0000-0003-4231-1766

Adriana Dias Silva¹

ORCID: 0000-0002-1353-6723

Maria Angélica de Almeida Peres¹

ORCID: 0000-0002-6430-3540

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva TCS, Santos TM, Campelo IGMT, Cardoso MMVN, Silva AD, Peres MAA. Night Admission at a Psychosocial Care Center III. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20170964. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0964>

Autor Correspondente:

Maria Angélica de Almeida Peres
E-mail: angelica.ufjr@uol.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Margarida Vieira

Submissão: 27-01-2018 **Aprovação:** 17-07-2018

RESUMO

Objetivo: analisar as características do acolhimento noturno de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III). **Método:** pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados com 15 profissionais de enfermagem, de novembro a abril de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. **Resultados:** verificou-se que o acolhimento noturno se dá pela equipe de enfermagem em dinâmica diferenciada do acolhimento diurno, e que esta equipe possui estratégias de atendimento durante a crise, evitando a busca por outros serviços da rede e mantendo o CAPS em sua função dentro do modelo psicossocial. **Considerações finais:** o funcionamento do serviço depende da equipe de enfermagem pela sua condição de permanência em todos os turnos, o que leva à necessidade de se pensar na reformulação da legislação que estrutura a equipe mínima do CAPS III, de forma a garantir o cuidado interdisciplinar previsto pela Reforma Psiquiátrica brasileira neste dispositivo, que deve substituir a internação em instituição especializada.

Descritores: Acogimento; Assistência Noturna; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze night admission characteristics at a Psychosocial Care Center III (CAPS III - *Centro de Atenção Psicossocial*). **Method:** a qualitative research, whose data were collected with 15 nursing professionals from November to April 2016, through a semi-structured interview. **Results:** it was verified that night admission is provided by the nursing team in different dynamics from the day care. This team has strategies of care during crisis, avoiding search for other network services and maintaining the CAPS in its function within the psychosocial model. **Final considerations:** service operation depends on the nursing team for its permanence condition in all shifts, which leads to the need to think about the legislation reformulation that structures the CAPS III team, in order to guarantee the interdisciplinary care provided by the Brazilian Psychiatric Reform in this device, which should replace hospitalization in a specialized institution.

Descriptors: User Embrace; Night Care; Mental Health; Mental Health Services; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las características de la recepción nocturna de un Centro de Atención Psicossocial III (CAPS III - *Centro de Atención Psicossocial*). **Método:** investigación cualitativa, cuyos datos se recopilaban con 15 profesionales de enfermería, de noviembre a abril de 2016, a través de una entrevista semiestruturada. **Resultados:** Se verificó que el equipo de enfermería administra el host nocturno en una dinámica diferenciada del anfitrión diurno, y que este equipo tiene estrategias de asistencia durante la crisis, evitando la búsqueda de otros servicios de red y manteniendo el CAPS en su función dentro del modelo psicossocial. **Consideraciones finales:** el funcionamiento del servicio depende del equipo de enfermería por su condición de permanencia en todos los turnos, lo que lleva a la necesidad de pensar en la reformulación de la legislación que estructura al equipo mínimo de CAPS III, para garantizar la atención interdisciplinaria provista por la Reforma. Psiquiatra brasileño en este dispositivo, que debe reemplazar la hospitalización en una institución especializada.

Descritores: Acogimiento; Cuidados Nocturnos; Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A 66ª Assembleia Mundial da Saúde, composta por Ministros da Saúde de 194 Estados Membros, adotou, em maio de 2013, o Plano de Ação Integral de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2013-2020. Dentre os objetivos estabelecidos neste Plano, destacam-se a prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários, a implementação de estratégias de promoção e a prevenção e o fortalecimento dos sistemas de informação, evidências e pesquisa⁽¹⁾. No Brasil, com a aprovação da Lei 10.216, em 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foram efetivadas mudanças nas características da atenção à saúde mental da população, dentre as quais a promulgação de legislações subsequentes que deram o suporte necessário para a construção de uma rede de serviços comunitários substitutivos para a implantação e sustentação do modelo de atenção psicossocial⁽²⁻³⁾.

Desde então, a substituição do modelo manicomial no Brasil tem se dado de forma gradativa por meio do fechamento de hospitais psiquiátricos e do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o desenvolvimento de uma política de integração entre dispositivos comunitários territoriais, dentre os quais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dia, Centros de Convivência, Serviço de Urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro Geral, Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral, Centros Comunitários e Escolas⁽⁴⁻⁵⁾.

No que se refere aos CAPS, há várias modalidades definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (I, II, III) e pelo público a ser atendido: adulto (CAPS), usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD) e crianças e adolescentes (CAPS I). O CAPS III difere dos demais por possuir a capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, prestando serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, com acolhimento noturno e permanência, incluindo feriados e finais de semana⁽⁶⁻⁷⁾.

Recentemente, a Resolução n^o 32 de 2017, do Ministério da Saúde, incluiu na RAPS os hospitais psiquiátricos especializados, dentre outras diretrizes para o seu fortalecimento. Esse fato está dividindo opiniões, por oferecer risco de retorno ao manicômio, caso não haja intensa fiscalização sobre aspectos institucionalizantes em cenários de internação e não se mantenha interlocução com os demais serviços que compõem esta Rede, na qual o CAPS ocupa lugar central. Destarte, o CAPS III tem importante papel na mudança de modelos assistenciais na área e deve ser mantido dentro das proposições reformistas de cunho psicossocial.

Reconhecendo as especificidades assistenciais que devem sustentar o cuidado em Saúde Mental para manter a pessoa em sofrimento psíquico em serviços substitutivos à internação na instituição psiquiátrica, as contribuições para a área da Enfermagem relacionam-se ao conhecimento produzido sobre o funcionamento de um CAPS durante o acolhimento noturno, permitindo a compreensão das questões que permeiam este serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tais questões envolvem a equipe de qualquer CAPS III do Brasil, devendo ser solucionadas para uma melhor assistência às pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias. O mesmo contribui, ainda, para fomentar a discussão que ora surge sobre a recente resolução do Ministério da Saúde,

que reaviva a internação em hospitais psiquiátricos. Assim, é necessário mais reforço ao serviço substitutivo do CAPS III para reprimir a abertura de novos leitos psiquiátricos.

OBJETIVO

Analisar as características do acolhimento noturno de um CAPS III.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este artigo resulta de uma dissertação de mestrado, cujo projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa em 25/08/2015. Todas as recomendações para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos contidos na Resolução n^o 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas.

Caminho metodológico

Trata-se de um estudo do tipo descritivo de natureza qualitativa. O cenário de pesquisa foi um CAPS III localizado no Município do Rio de Janeiro, escolhido por estar em uma área programática que inclui bairros com muitas comunidades carentes, além do próprio serviço estar inserido em uma comunidade considerada muito violenta, com o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IDH tem forte impacto na saúde mental das pessoas que ali vivem. A unidade possui 6 leitos para acolhimento noturno, distribuídos em 3 dormitórios, contando com um total de 46 profissionais de diferentes categorias. Os participantes do estudo foram membros da equipe de enfermagem que, no momento da coleta de dados, perfaziam um total de 20 profissionais, sendo 8 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. Este estudo incluiu os profissionais com experiência em plantão noturno, sendo 15 (75%) profissionais de enfermagem, dentre os quais 7 (87,5%) enfermeiros e 8 (66,7%) técnicos de enfermagem.

Os dados foram coletados no período de novembro a abril de 2016, por meio de entrevista semiestruturada sobre a equipe e a rotina de trabalho no CAPS à noite. Após a coleta de dados, as entrevistas gravadas em mídia digital foram transcritas na íntegra. Os resultados passaram por análise temática de conteúdo subsidiada pela literatura científica disponível, chegando-se às seguintes categorias: *equipe profissional do acolhimento noturno* e *atendimento no acolhimento noturno*.

Para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados com letras maiúsculas correspondentes à letra inicial da profissão (Exemplos: E - Enfermeiro e TE - Técnico de Enfermagem), seguidas pelo número ordinal referente à realização da entrevista.

RESULTADOS

A primeira categoria de análise trata de uma importante situação que vem ocorrendo em muitos CAPS III: a ausência de equipe multiprofissional no serviço noturno. Essa ausência limita o cuidado pela ruptura do diálogo interdisciplinar em parte do horário de atendimento, sobrecarregando a equipe de enfermagem.

Equipe profissional do acolhimento noturno

A partir das entrevistas, pôde-se perceber a organização da equipe profissional do acolhimento noturno no CAPS III:

No acolhimento noturno, a equipe é reduzida. É sempre o papel de uma enfermeira com dois técnicos. Essa é a equipe noturna. (TE06)

[...] aqui no CAPS, como o serviço é noturno, só tem nós da equipe de enfermagem, que é uma enfermeira e dois ou três técnicos de enfermagem. Isso é a equipe do CAPS III noturna. (TE08)

De acordo com o relato de um participante, às quintas-feiras há um psicólogo atuando no serviço noturno:

À noite só está o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Tem um dia na semana só que está um psicólogo, às quintas-feiras. Só. (E02)

A maioria dos participantes cita que no serviço noturno há somente profissionais de enfermagem na unidade. Os participantes não mencionam o dia em que o psicólogo está presente, o que demonstra a pouca influência dessa participação no trabalho desenvolvido neste período:

Não é dificuldade, é o modelo. O modelo traz com que a Enfermagem só que esteja aqui. Eu até acho que deveriam ter outros profissionais. (E03)

No trabalho noturno, só existe a Enfermagem, [...] sendo específico da Enfermagem. Assim, a procura é muito pouca durante a noite, mas acontece! É a Enfermagem que está aqui para fazer esse acolhimento. A única categoria que trabalha à noite é a Enfermagem. (TE 06)

Os relatos mostram que, no CAPS III estudado, a equipe de enfermagem é responsável pela existência e manutenção da estratégia de acolhimento noturno no CAPS.

Entretanto, a permanência quase que exclusiva da equipe de enfermagem no acolhimento noturno se contrapõe ao trabalho desenvolvido no período diurno no CAPS:

[...] é uma equipe multidisciplinar [...]. Então, todo mundo faz praticamente as mesmas atividades. (E03)

Neste CAPS, a necessidade de acolhimento noturno, em sua maioria, é avaliada por toda a equipe técnica durante as reuniões de turno, no período do dia. Porém, existem casos que surgem no turno da noite. Estes são avaliados somente pela equipe noturna – somente a Enfermagem e um psicólogo (1 vez por semana).

Ao se perguntar aos entrevistados sobre a presença dos profissionais de enfermagem em outros CAPS III durante o serviço noturno, foram obtidos os seguintes relatos:

Sim, em todos [há profissionais de enfermagem]. Nos AD [CAPS Álcool e Drogas], no CAPS X [cita um outro CAPS III], em todos, é somente a Enfermagem que fica à noite. Eu acho que esse modelo deveria ser diferente para todos, não só para cá. (E03)

Também funciona dessa forma, mas eu sei que tem outros CAPS que à noite é uma equipe multiprofissional. E no outro CAPS que

trabalho, isso é uma discussão, que vai haver outros profissionais, como psicólogos, terapeutas ocupacionais que vão compor também essa equipe da noite. (TE06)

Pode-se constatar, a partir dos relatos que, por serem os profissionais a permanecerem no serviço noturno, os profissionais de enfermagem se responsabilizam por todas as condutas tomadas durante esse período, o que difere da atuação multiprofissional da proposta do modelo psicossocial:

Aqui não temos médico à noite. Então, cai sobre nós, da equipe [de enfermagem] saber se o paciente tem que ficar ou não, se nós vamos ser suporte ou se nós temos que levar ele para alguma emergência. (TE08)

[...] só fica a Enfermagem. Então, não tem plano B. É a Enfermagem e a Enfermagem. Então, tudo que se passa aqui à noite [...] no acolhimento noturno é tratado diretamente com a gente. A gente só vai pedir realmente uma ajuda se for o caso de uma entrada de crise do paciente de forma muito grave. (TE01)

Observou-se que essa prática solitária, no lugar de uma prática interdisciplinar, deixa a cargo dos profissionais de enfermagem toda a responsabilidade pelo cuidado noturno:

Fica só a Enfermagem. A Enfermagem fica muito alvo de tudo. Então, é a Enfermagem que diz o sim e diz o não, que leva para fumar ou que não leva, se pode ou se não pode. Isso existe. Não tem como sair disso. (E02)

Você não tem um respaldo de um médico presente e você acaba ficando meio inseguro de talvez encaminhar esse paciente para um outro serviço. (TE06)

Sobre a inserção de outras categorias no serviço noturno do CAPS, a pesquisa revelou o seguinte:

[...] Não sei também se um médico faria a diferença. Não sei se é para ser assim dessa forma, entendeu? Eu tenho muitas questões, porque eu acho que se tivesse um médico 24hs aqui, se configuraria muito uma emergência, que não é a função do acolhimento noturno ou estendido, que a gente fala: final de semana e à noite. Mas eu acho que se tivessem outras [profissões], estaria agregando para o cuidado. Eu acho que seria importante cada um com seu saber, trazendo novos elementos para o cuidado. (E02)

As colocações da equipe de enfermagem são fundamentadas nas características do serviço noturno no CAPS III estudado, e representam a disponibilidade desses profissionais em qualificar o atendimento à noite, buscando manter a relação terapêutica com os usuários e garantindo atendimento extra-hospitalar o quanto for possível, conforme apresentado na segunda categoria a seguir.

Atendimento de enfermagem no acolhimento noturno

Acerca dos principais atendimentos durante o período noturno, os participantes evidenciaram a necessidade real de se ter o CAPS III funcionando para assistir o usuário em diferentes momentos em que ele precisa de cuidados:

Os acolhimentos noturnos que nós temos aqui é mais para paciente já conhecido, que [...] o bombeiro traz. É paciente que nós já conhecemos. É difícil ter casos novos à noite. (TE06)

As referências atendem aquela situação no momento de crise ou no momento de uma certa vulnerabilidade que ele apresenta, e aí ele fica em acolhimento aqui. (E08)

Tem acolhimento também que o paciente vai fazer um exame de sangue no dia seguinte, que ele precisa ficar em jejum, e ele, em casa, sozinho não vai fazer esse jejum, então, a equipe pensa que seria interessante ele ficar acolhido. Existe o acolhimento realmente à crise, que a pessoa ou a família entra em contato com CAPS, informando que o paciente está agitado, está agressivo e não aceita ir para emergência. E, às vezes, a gente consegue ir na casa desse paciente e trazer ele para cá, assim como a gente tem paciente da RT [Residência Terapêutica] que sempre dá problema lá e a gente vai a RT e busca para ficar acolhido. (TE07)

Segundo os participantes, o acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico no acolhimento noturno possibilita uma maior interação com a equipe e outras formas de manejar as crises, como relatado abaixo:

No acolhimento noturno, a gente tem um manejo diferenciado do que em uma internação. Aqui você consegue escutar melhor o paciente, ele consegue transitar de uma forma mais saudável, você consegue oferecer outros espaços para que possa ajudar em alguma coisa dentro daquela crise dele. (E08)

Então, à noite normalmente é um espaço que talvez o usuário se sinta melhor, até porque a equipe de enfermagem fica mais presente e consegue ter uma escuta melhor desse usuário porque é quando ele se sente melhor para falar. Então, é oferecida a alimentação, uma televisão, uma convivência, uma revista, algo para ver no computador, enfim, com o tempo a gente vai vendo que é super importante. Porque parece que num dado momento que ele não está em crise, está bem. (E02)

DISCUSSÃO

Os dados apresentados evidenciam que é a equipe de enfermagem a responsável pelo acolhimento noturno, trazendo para si a responsabilidade pela caracterização do dispositivo como o CAPS III, que contém, em sua classificação, o acolhimento noturno como atividade. Observou-se também que, diurnamente, a equipe multiprofissional se faz presente e a Enfermagem transita nos dois turnos adaptada às diferentes formas de organização de equipe.

Estes achados corroboram resultados de outros estudos que revelam que o serviço de atendimento noturno em CAPS III é constituído, em sua maioria, somente pelos profissionais da equipe de enfermagem, enquanto no serviço diurno, há a presença de várias categorias profissionais⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Esta conjuntura é reforçada pela literatura em Saúde Mental. Essa literatura afirma que, na Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda é possível perceber, na dinâmica dos serviços de saúde mental, alguns pontos que parecem levar à repetição de práticas antigas e inadequadas, o que ocorre dicotomicamente com os avanços significativos na construção teórico-clínica da assistência, especialmente no que se refere ao modelo de gestão dos CAPS e no

fortalecimento dos laços entre as equipes de saúde nas diferentes instâncias de assistência⁽¹¹⁾.

Entretanto, segundo a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre as particularidades do CAPS III, para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por 3 técnicos/auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço e 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio. Desta forma, a prática aqui discutida no CAPS cenário do estudo está de acordo com o preconizado na referida Portaria⁽⁶⁾.

O acolhimento noturno é uma ferramenta utilizada para atender às demandas dos usuários de uma forma integral, funcionando como estratégia para que se evite uma internação psiquiátrica. Não é novidade que seja a Enfermagem a equipe primeiramente acionada durante a crise da pessoa com transtorno mental em qualquer dispositivo. No manicômio, era também a Enfermagem que atendia primeiramente durante a crise. São muitos os estudos que revelam a ausência de outros profissionais nas instituições psiquiátricas, o que contribuía para a ineficácia do tratamento oferecido às pessoas internadas, pois é na crise a maior necessidade de apoio de uma equipe multiprofissional ao usuário⁽¹²⁾. Portanto, há necessidade de se repensar a legislação e a dinâmica de funcionamento do acolhimento noturno do CAPS III.

Por outro lado, o crescimento dos estabelecimentos e a complexidade das atribuições exigidas implicam readequação do número de profissionais alocados nos CAPS III. Considerando-se que a implementação de legislações foi fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, é necessário que se acompanhe a evolução dos serviços e se estabeleçam novos marcos legais, não só para implantar como também aprimorar a qualidade dos serviços ofertados na Saúde Mental⁽¹³⁾.

Logo, a discussão aqui apresentada aponta para uma questão que surge na prática cotidiana e não foi prevista no momento de planejamento da organização e funcionamento de CAPS III, devendo ser inserida nas pautas adiante.

Todavia, há de se considerar que o intenso sofrimento psíquico produz sintomas orgânicos e psíquicos que acabam desencadeando 'crises'. Muitas vezes, é a partir da crise que as pessoas estabelecem o primeiro contato com a rede de serviços em Saúde Mental, principalmente por meio da internação hospitalar. Esse cujo cuidado, de certa forma, se reduz às práticas de contenção centradas na administração de medicamentos. A partir da internação hospitalar, os usuários, em sua maioria, são encaminhados para outros serviços da rede de atenção à Saúde Mental e, em especial, para o CAPS⁽¹¹⁾.

Contudo, quanto ao manejo destas crises, ainda que os CAPS constituam pontos especializados/estratégicos da RAPS, seus profissionais apresentam dificuldade em reconhecer a responsabilidade de seu papel no acolhimento e manejo das situações de crise, mesmo elas sendo frequentes e até esperadas, existindo a expectativa que esta condição seja atendida por outros dispositivos, enquanto nos CAPS, os indivíduos "compensados" sejam os assistidos⁽¹⁴⁾.

Ao atuar nestas situações, o profissional de saúde mental deve facilitar as condições que possam representar o porto seguro que a pessoa precisa para começar o trabalho de reparação necessário, de acordo com suas demandas. Assim, o trabalho prático da equipe profissional deve ser focado em facilitar uma sensação de segurança no momento da crise⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Dentre as ferramentas utilizadas para este fim, destaca-se o acolhimento em Saúde Mental. Acolher é um processo que depende não só da estrutura ou de aspectos físicos do acesso, mas dos recursos clínicos da equipe, como atender, escutar, avaliar e discriminar as demandas. O acolhimento exige, por um lado, uma ação imediata (urgência) e, por outro, um intervalo de tempo para a resposta (traçar a conduta)⁽¹⁷⁾.

O acolhimento é uma atividade na qual, desde o primeiro contato com o usuário, demanda avaliação e tomada de decisão, nem sempre de responsabilidade somente da Enfermagem, gerando a necessidade de outros profissionais, neste momento, para uma melhor tomada de decisão e manejo dos casos⁽⁸⁾.

O acolhimento noturno no manejo das crises é visto como indispensável pelos profissionais e familiares, porque acaba diminuindo algumas dificuldades encontradas na assistência, ao possibilitar uma alternativa de atendimento à crise a usuários que, muitas vezes, sofriam com a recusa e resistência de assistência por parte de profissionais e serviços de saúde não especializados em Saúde Mental⁽¹⁸⁾.

Por se tratar de um dispositivo de tratamento da atualidade, o acolhimento noturno em CAPS faz parte do cuidado em Saúde Mental contemporâneo, que tem o tratamento holístico como seu valor, cujo objetivo é capacitar as pessoas a serem participantes em seus cuidados e recuperação. Nesta perspectiva, enriquece a discussão o modelo relacional *Tidal Model*, descrito como uma maneira de pensar sobre como as pessoas podem recuperar sua história pessoal como um primeiro passo para recuperar suas vidas⁽¹⁹⁾.

Uma equipe de enfermagem eficaz envolve a prestação de cuidados às pessoas, diferente do simplesmente tratar ou se preocupar com elas. Isto tem implicações não só para o que se passa dentro do relacionamento terapêutico, mas também para o tipo de apoio que o ajudante profissional pode precisar para manter a integridade do processo de cuidar⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Logo, todas as categorias desenvolvem cuidados voltados para a atenção psicossocial (consultas individuais e em grupo, visita domiciliares, matriciamento, etc) durante o dia. Alguns cuidados, como higiene, alimentação, administração de medicação, entre outros, e a atuação no acolhimento noturno, particularidade central do CAPS III, estão restritos aos profissionais de enfermagem, validando sua competência para assistir as pessoas em sofrimento psíquico no modelo psicossocial.

Limites do estudo

O objetivo foi atendido através dos dados coletados para a pesquisa. No entanto, a impossibilidade de incluir como participante o psicólogo escalado para atendimento noturno uma vez por semana é considerada uma limitação do estudo, uma vez que não deu voz a este importante profissional para conhecer suas atividades e dificuldades no serviço.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Política Pública

Destaca-se, como contribuição desta pesquisa, a discussão acerca do cuidado no contexto psicossocial. Assim, permitem-se reflexões e levantamento de questões investigativas sobre novas perspectivas e mecanismos de cuidar para a Enfermagem e demais profissionais que

atuam em CAPS III. Os resultados proporcionam, inclusive, o convite a reflexão sobre o acolhimento noturno em CAPS III, de forma a evidenciar nesta prática em si, motivações e estratégias dos profissionais para interagir com a RAPS. Isso traz novas questões e resultados que podem qualificar o atendimento aos usuários no modelo psicossocial e subsidiar discussões sobre as normas de funcionamento deste serviço fundamental para impedir que a internação em hospital psiquiátrico se fortaleça como recurso terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa apontam para uma equipe de enfermagem que se preocupa em realizar um bom cuidado em Saúde Mental em acolhimento noturno no CAPS III. Tais questões fazem destes profissionais pessoas que lutam para que haja dignidade no tratamento e na assistência das pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que são responsáveis em fazer valer uma mudança de lógica assistencial, qual seja, a mudança do modelo excludente para o includente.

Ainda, foi possível evidenciar que a equipe de enfermagem é, no cenário em estudo, responsável pelo acolhimento noturno e, por isso, se coloca como principal agente de manutenção do funcionamento dos CAPS-III, uma vez que este acolhimento é o diferencial deste serviço. Desta forma, fica evidenciado que todas as práticas de cuidado de enfermagem são necessárias no CAPS e não devem ser colocadas em separado. Em sendo a única categoria profissional presente no acolhimento noturno, esta equipe vivencia, algumas vezes, sentimento de insegurança e desconforto, uma vez que, durante a noite, existem demandas que teriam resultados mais satisfatórios se atendidas por equipe interdisciplinar, assim como no atendimento diurno.

A ausência da equipe multiprofissional no acolhimento noturno é prevista na legislação brasileira que rege as políticas públicas de saúde mental. Entretanto, os serviços podem se adiantar no caminho em direção ao modelo de atenção psicossocial que exige o trabalho integrado em equipe, em prol de uma assistência com abrangência psicossocial. Assim, emerge a reflexão sobre o quanto a própria legislação impele a assistência para práticas disciplinares, negando a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Conforme resultados deste estudo, somente a equipe de enfermagem se faz presente no acolhimento noturno em outros CAPS III pelo Brasil. Assim, indica-se que mais pesquisas precisam ser realizadas para enriquecer estes achados e avançar nesta discussão, pois abre-se um leque de perguntas sobre a ausência de outros profissionais no CAPS III durante a noite, que remetem às questões da distribuição do trabalho em saúde como previsto legalmente no modelo que se vem implantando. As práticas se configuram em contextos específicos, e os profissionais desempenham seus papéis totalmente influenciados pelas peculiaridades que fazem o serviço ser como é.

A realização dos estudos com os profissionais de enfermagem que atuam diretamente no acolhimento noturno pode fornecer subsídios para que esse espaço seja ainda mais resolutivo diante de uma equipe multiprofissional consciente e preparada.

É necessário mencionar que a Enfermagem supera a cada dia suas heranças históricas referentes às características manicomialistas a que os usuários e ela própria estiveram sujeitos devido às

precárias condições de infraestrutura, superlotação, plantões sem supervisão, pouco ou nenhum preparo para trabalhar na área, dentre outras já registradas em pesquisas sobre o tema⁽¹²⁾. No atual contexto de reforma, se desvela uma equipe de enfermagem que superou tais adversidades e se dedica ao cuidado psicossocial, sustentando o funcionamento do serviço de base comunitária, centralizador da RAPS, como é o CAPS III.

O olhar aqui colocado sobre a equipe de enfermagem de um CAPS III permite perceber tal equipe com valores próprios de uma profissão de grande relevância social, principalmente por seguir com os usuários em diferentes momentos de sua vida, acompanhando as idas e vindas do sofrimento psíquico caracterizado como imprevisível e distante da concepção de que após

o tratamento vem a cura. Nos diferentes tempos assistenciais, a equipe de enfermagem tem mostrado participação com ações desinstitucionalizantes, embora sua trajetória histórica convencionalmente a trate com ênfase nos espaços manicomial. Esta situação vem sendo mudada graças à Reforma Psiquiátrica, o que nos permite dizer que a Enfermagem é uma profissão que acompanha o modelo de saúde em suas transformações.

FOMENTO

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de bolsa de mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [cited 2016 Mar 15]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
2. Ribeiro MC. Psychosocial care center workers in Alagoas, Brazil: interstices of new practices. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52):95-107. doi: 10.1590/1807-57622014.0151
3. Azevedo DM, Silva AC. A Reforma Psiquiátrica e o Modelo de Atenção Substitutivo: implicações contemporâneas. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2013;15(2):1-2. doi: 10.21722/rbps.v0i0.5668
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2016 Mar 15]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
5. Weber CAT, Juruena MF. Day hospital and psychosocial care Center: expanding the discussion of partial hospitalization in mental health. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(4):361-7. doi: 10.1590/1806-9282.62.04.361
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2016 Mar 15]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/15791.html>
7. Silva SN, Lima MG. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):149-60. doi: 10.5123/s1679-49742017000100016
8. Anjos MA, Carvalho PAL, Sena ELS, Ribeiro RMC. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. *Cad Bras Saúde Mental [Internet]*. 2015 [cited 2018 Jan 19];7(16):27-40. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1936>
9. Okazaki C, Oliveira MAF, Claro HG, Paglione HB, Soares R. User embracement: expectations of the mental health professionals. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2010;21(2):166-73. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v21i2p166-173
10. Silva NS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKC. Development of human resources for work in mental health services. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 22(4):1142-51. doi: 10.1590/S0104-07072013000400033
11. Cardoso MRO, Oliveira PTR, Piani PPF. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde Debate*. 2016;40(109):86-99. doi: 10.1590/0103-1104201610907
12. Bandeira PM, Souza CHP, Guimarães JCS, Almeida Filho AJ, Peres MAA. Psychiatric Nursing in Integrated Wards Accommodating Both Female and Male Patients: A Historic Pioneering Reform Initiative Implemented by the Institute of Psychiatry, a Unit of the Federal University of Rio De Janeiro, Brazil. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(10):791-8. doi: 10.3109/01612840.2015.1043674
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A atenção primária e as redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2018 Jan 19]. Available from: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/a-atencao-primaria-e-as-redes-de-atencao-a-saude.htm>
14. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertoncello KCG. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(3):e20160059. doi: 10.5935/1414-8145.20160059
15. Barker PJ. *The Tidal Model: Theory and Practice*. Newcastle: University of Newcastle; 2000.
16. Barker PJ, Buchanan-Barker P. *The Tidal Model: a guide for mental health professionals*. London: Routledge; 2004.
17. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev*

Latinoam Psicopatol Fundam. 2009;12(1):130-40. doi: 10.1590/S1415-47142009000100009

18. Lima M, Jucá VJS, Nunes MO, Ottoni VE. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. Interface (Botucatu). 2012;16(41):423-34. doi: 10.1590/S1414-32832012000200011
 19. Ramage D, Ellis S, Marks-Maran D. Self-management, compassion and recovery: the Tidal Model in mental health practice. Br J Ment Health Nurs. 2015;4(4):178-84. doi: 10.12968/bjmh.2015.4.4.178
-