
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Waslewska Almeida Paulino

HOSPITALIDADE NOTURNA: reflexões sobre a atuação dos profissionais de
enfermagem de nível médio nos CAPS III e AD III no período noturno em Belo
Horizonte

Belo Horizonte

2023

WASLEWSKA ALMEIDA PAULINO

HOSPITALIDADE NOTURNA: reflexões sobre a atuação dos profissionais de enfermagem de nível médio nos CAPS III e AD III no período noturno em Belo Horizonte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof.^a Mestre Keliane de Oliveira

Belo Horizonte

2023

P328h

Paulino, Waslewska Almeida.

Hospitalidade noturna: reflexões sobre a atuação dos profissionais de nível médio nos CAPS III e AD III no período noturno em Belo Horizonte. / Waslewska Almeida Paulino. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

27 f.

Orientador(a): Keliene de Oliveira.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Hospitalidade Noturna. 3. CAPS III. 4. CAPS AD III. 5. Enfermagem Nível Médio. I. Oliveira, Keliene de. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 495

Waslewska Almeida Paulino

HOSPITALIDADE NOTURNA: reflexões sobre a atuação dos profissionais de enfermagem de nível médio nos CAPS III e AD III no período noturno em Belo Horizonte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Banca Examinadora

Profa. Mestre Keliane de Oliveira (Orientadora)

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

TO em Destaque Núcleo Educacional LTDA

Sara Jéssica da Silva Alcântara

(Especialista em Especialista em Saúde Mental, pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Hospital Municipal. Odilon Behrens)

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Jarbas Vieira de Oliveira

(Especialista em Especialista em saúde mental pelo programa de residência da ESP/MG)

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Belo Horizonte

2023

*Dedico esse estudo a todos meus colegas
técnicos de enfermagem, por serem
sempre inspiração de profissionalismo,
cuidado humanizado e amor à profissão
abraçada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida e por me permitir, por meio da dor ou do amor, crescimento e aprendizados.

À minha família, sempre meu porto seguro.

À minha orientadora, Keliane, meu agradecimento por ter me apoiado durante esse percurso, respeitando meu tempo e contribuindo sempre para que eu alcançasse meu objetivo.

Aos Professores da Especialização em políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial, por abrirem meus horizontes, compartilhando seus saberes e suas vivências e possibilitando a articulação teoria e prática no campo da saúde mental.

A Jarbas Vieira de Oliveira e Sara Jéssica da Silva Alcântara, por terem aceitado o convite para fazer parte da banca de defesa.

Aos meus colegas da especialização, pelas trocas de conhecimentos e afetos.

Aos companheiros da saúde mental de Belo Horizonte, pelo compromisso com o cuidado sempre em liberdade.

“Ninguém pode voltar atrás e fazer um novo começo. Mas qualquer um pode recomeçar e fazer um novo fim”.

Chico Xavier

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CERSAM	- Centro de Referência em Saúde Mental
SUS	- Sistema Único de Saúde
UAT	- Unidade de Acolhimento Transitório
RAPS	- Rede de atenção Psicossocial
SRT	- Serviço de Residencial Terapêutico
SUP	- Serviço de Urgência Psiquiátrica

RESUMO

A enfermagem, nas páginas da história da psiquiatria, contribuiu para capítulos de sofrimento e violência na vida de pessoas com sofrimento mental dentro dos antigos manicômios. Todavia, esses profissionais também tiveram participação, em conjunto com outros ativistas, na luta por mudanças que pudessem contemplar um novo modelo de cuidado, pautado na garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, por meio do advento da reforma e a implantação de uma rede de serviços comunitários substitutivos para sustentação do novo modelo de atenção psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A presente revisão narrativa de literatura apresenta reflexões sobre a atuação do profissional de enfermagem de nível médio dentro dessas unidades no horário noturno, ressaltando seu papel e suas potencialidades e os desafios existentes enquanto membro de uma equipe multidisciplinar, destacando-se também o seu lugar nesse espaço. O estudo apresentado ainda traz, em seu conteúdo, considerações importantes sobre a população atendida nos CAPS III e AD III, visando apreender sobre as suas vivências e a repercussão dessas no modo de cuidado prestado no período noturno pelos profissionais de enfermagem. Por fim, considera-se que não basta a esses trabalhadores pertencerem ao quadro de funcionários desses serviços para ocuparem um lugar dentro de uma equipe. O engajamento desses profissionais no processo da reforma psiquiátrica e na militância pela preservação dos direitos das pessoas com sofrimento mental e dos usuários de álcool e outras drogas ressignifica a assistência e o cuidado a essa população. Além disso, o reconhecimento e a valorização profissional compreendem um conjunto de esforços individuais e coletivos permanentes.

Palavras-chave: Enfermagem, CAPS, CAPS AD.

ABSTRACT

Nursing in the pages of psychiatric history has contributed to chapters of suffering and violence in the lives of individuals with mental distress within the old asylums. However, these professionals have also participated, along with other activists, in the struggle for changes that could embrace a new model of care, based on ensuring the rights of individuals with mental distress. With the advent of reform and the implementation of a network of community-based substitute services to support the new model of psychosocial attention, such as CAPS (Psychosocial Care Centers), this narrative literature review reflects on the role of mid-level nursing professionals within these units during nightshift, highlighting their potentials and the existing challenges as members of a multidisciplinary team. The study further presents important considerations regarding the population served in CAPS III and ADIII, aiming to understand their experiences and the impact of these experiences on the mode of care provided during the nightshift by nursing professionals. Finally, it is considered that merely being part of the staff of these services is not enough for these workers to occupy a place within a team. The engagement of these professionals in the psychiatric reform process and advocacy for the preservation of the rights of individuals with mental distress and users of alcohol and other drugs redefines the assistance and care for this population. Recognition and professional appreciation are the result of ongoing individual and collective efforts.

Keywords: Nursing, CAPS, CAPS AD.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	10
2. DESENVOLVIMENTO -----	13
2.1CAPS III E CAPS AD III -----	13
2.2. REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO NA HOSPITALIDADE NOTURNA NOS CAPS III E CAPS AD III-----	18
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	25
REFERÊNCIAS-----	27

1. INTRODUÇÃO

O advento da reforma psiquiátrica tem como proposta a substituição do modelo hospitalocêntrico, ou seja, a mudança do padrão manicomial de forma gradativa por meio do fechamento de hospitais psiquiátricos, a partir da criação de serviços substitutivos, tendo como abordagem principal a atenção psicossocial.

Desde a aprovação Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, e pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), 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, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (Hospitais Gerais e CAPS com acolhimento noturno) (BRASIL, 2001).

Dentre todos os dispositivos na proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os CAPS têm um papel estratégico enquanto serviços de ampla abrangência de promoção e cuidado na rede de saúde mental. Esses são definidos pelo Ministério da Saúde como serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

A portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017, regulamenta que a implantação dos CAPS deve ser definida por modalidade ou público a ser atendido: adulto (CAPS - Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas), usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD - Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas,) e crianças e adolescentes (CAPSI - Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas). Além disso, por ordem crescente de porte (número de leitos e vagas de acolhimento noturno e permanência, incluindo feriados e finais de semana, capacidade operacional e faixas etárias atendidas), complexidade e em ordem crescente de abrangência populacional. Nesse sentido, em cidades e ou regiões com pelo menos

15 mil habitantes, é possível a implantação da modalidade CAPSI, progredindo até a modalidade CAPS AD IV, um equipamento desenvolvido com intuito de atender municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, especializado no cuidado de pessoas com quadros graves e intensos de sofrimento em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias, proporcionando serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana, e ofertando assistência a urgências e emergências, com a disponibilidade de leitos de observação (BRASIL, 2017).

Independente da modalidade, complexidade ou abrangência populacional, os CAPS são serviços de atenção psicossocial que devem oferecer atendimento diário à população portadora de sofrimento mental, preconizando o cuidado de forma humanizada e em liberdade, a partir da atuação de uma equipe multiprofissional capacitada para trabalhar e acolher cada usuários em suas subjetividades, visando sempre a reinserção social, o exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários destes em território. Uma equipe no qual os profissionais trabalhem pautados nos preceitos éticos e morais da Reforma psiquiátrica.

A Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, regulamenta a composição e a proposta de atuação da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental no CAPS enquanto um importante componente na linha de Cuidado em Saúde Mental, dentro da nova política de atenção psicossocial aos pacientes com sofrimento mental. Essa portaria ainda explicita a necessidade de uma formação mínima composta por diferentes categorias profissionais para o desenvolvimento do trabalho nesses serviços; medicina, enfermagem, psiquiatria, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, além de técnicos/auxiliares de enfermagem, cargos administrativos e outras categorias profissionais previstas, devendo a formação desse grupo especializado estar adequada ao projeto técnico institucional, e em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região (BRASIL, 2002).

Dentre os profissionais exigidos na composição da equipe multiprofissional de saúde mental, destaca-se a equipe de enfermagem, formada por enfermeiro¹, técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa determinação legitima o espaço de trabalho para esse público, mas também possibilita ressignificar a atuação desses profissionais no campo da saúde mental; trazendo uma nova oportunidade de mostrar suas potencialidades, por meio de um trabalho multiprofissional, com a possibilidade de uma assistência compartilhada e integrada entre a equipe e o usuário,

¹ Ressalta-se que em Belo Horizonte não há enfermeiro nessa equipe.

onde o cuidado à pessoa em sofrimento mental deixa de ser efetuado no campo biomédico, convidando todos os profissionais a ampliarem seus horizontes e exercerem um novo papel, uma nova atitude diante do sofrimento mental. Além disso, a terem um novo olhar e uma nova escuta para além dos protocolos.

Entretanto, responder a esse chamamento não é uma tarefa fácil, pois exige exercício diário de enfrentamentos no campo político, social e pessoal, uma vez que o convite para um novo fazer propõe aos profissionais se despojarem das vaidades geradas a partir das formações acadêmicas, na busca de um cuidado conjunto, horizontal, mais amplo e humanizado.

Atualmente, os profissionais de nível médio da enfermagem compõem o maior contingente de trabalhadores de saúde nos CAPS do país, como ocorre noutros setores da saúde, contribuindo efetivamente para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São esses trabalhadores, em sua maioria, os principais responsáveis pela sustentação e continuidade do cuidado e acolhimento durante o período noturno. Todavia, observa-se uma ausência de estudos envolvendo essa população enquanto membros de uma equipe multiprofissional, especialmente nos CAPS III e CAPS AD III na hospitalidade noturna.

A partir dessas considerações, o presente trabalho tem como proposta refletir sobre a atuação dos profissionais de enfermagem de nível médio dentro dos serviços substitutivos de saúde mental na modalidade CAPS III E CAPS AD III nos plantões noturnos, ou seja, quais as especificidades do trabalho desenvolvido por essa categoria no acolhimento realizado à noite, continuidade do cuidado e até nas intermitências do acolhimento. Além disso, as potencialidades e os enfrentamentos desses trabalhadores que corroboram nesse novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento mental dentro da política antimanicomial, bem como no cuidado aos usuários com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Além disso, compreender qual o lugar ocupado pelo profissional de enfermagem de nível médio do plantão noturno enquanto membro de uma equipe multidisciplinar do CAPS III e CAPS AD III, e, a partir dos estudos realizados, correlacionar e comparar os resultados da pesquisa realizada com as vivências do pesquisador enquanto profissional dessa categoria e atuante nessas modalidades de CAPS nos plantões noturnos há mais de 15 anos.

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que, a partir da leitura do material bibliográfico, bem como de sua experiência profissional, serão realizadas análises e reflexões acerca dos desafios e contribuições do profissional de enfermagem de nível médio que atua no CAPS III e CAPS AD III no período noturno.

Segundo Rother (2007), a revisão narrativa da literatura é uma revisão ampla, apropriada para descrever o desenvolvimento de um determinado assunto sob ponto de vista teórico ou contextual. Esse tipo de procedimento detalha a metodologia para busca das referências, compreendendo os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. É realizado pela análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas, e na interpretação e análise crítica pessoal do autor a partir de sua própria experiência (ROTHER, 2007).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 CAPS III e CAPS AD III

Inaugurado no dia 27 de setembro de 1989, o Centro de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste na Cidade de Santos instaurou uma nova proposta de cuidado com pessoas em sofrimento mental, em consonância com a reforma psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, foi o primeiro serviço a funcionar 24 horas, proporcionando aos usuários da antiga Casa de Saúde Anchieta, um lugar também conhecido como “Casa dos horrores”, um cuidado em liberdade e humanizado, em conformidade com a necessidade de um atendimento diário e contínuo para acolher as demandas desses usuários de forma singular e digna (SANTOS, 2019).

Iniciou-se, assim, o primeiro capítulo dos serviços de atenção psicossocial com atendimento 24 horas, posteriormente denominado pelo Ministério da Saúde como CAPS III, a partir da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, sendo consolidadas e reformuladas suas diretrizes de funcionamento a partir da vigência da portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, a qual instituiu esses locais como serviços de atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação de usuários de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes, segundo a definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002)

No estudo *Atenção à crise em saúde mental: Centralização e descentralização das práticas*, realizado por Dias (2020), um dos principais fatores para justificar a necessidade da oferta desses serviços 24 horas são as chamadas urgências e emergências psiquiátricas, destacando o CAPS III dentro da rede de atenção psicossocial como uma importante modalidade que vem ampliar o cuidado aos usuários que se encontram em situações de maior sofrimento, promovendo atenção em tempo integral e evitando o isolamento e as internações

desses usuários em leitos de hospitais psiquiátricos. Esse é um serviço que não apenas ocupa um lugar para promoção à saúde de forma humanizada às pessoas em sofrimento mental dentro de uma perspectiva territorial e em liberdade, mas que explicita, perante a sociedade, esses usuários enquanto sujeitos de direito e reforça o fim dos manicômios.

Ainda segundo Dias (2020), as crises, ou urgências e emergências, correspondem às principais demandas de atendimento no campo da saúde mental, e, ainda nos dias atuais, se apresentam como um fenômeno complexo para os profissionais que atuam dentro da atenção psicossocial, existindo diversas teorias sobre esse assunto, uma vez que cada paciente experiencia a crise de forma singular, e nem todas as crises são visíveis, ocorrendo, muitas vezes, uma tendência de denominar crises somente a partir de agitações e comportamentos agressivos, quando esses usuários são levados aos manicômios.

No texto *O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos*, Ferigato et al. (2007) propõem o conhecimento da origem da palavra crise para um melhor entendimento desse importante fenômeno. Citando Moebius e Fernandes (s.d), descrevem que esse termo tem origem grega (*krisis*), caracteriza um estado no qual uma decisão tem que ser tomada (MOEBUS; FERNANDES, s.d, p. 34-36, apud FERIGATO et al., 2007, p. 32). Já a origem da palavra na concepção filosófica é extremamente rica e encerra o sentido originário da crise.

Ferigato et al. (2007) ainda apontam que, segundo Boff (2002), a palavra sânscrita para crise é *kri* ou *kir*, tendo como significado “desembaraçar”, “purificar”. Ressalta ainda que, na língua portuguesa, a palavra crisol significa o elemento químico que purifica o ouro das gangas, limpando-o dos elementos que se fixaram no metal pelo seu processo vital ou histórico e, ao longo do tempo, tomaram conta de seu cerne, a ponto de comprometerem sua substância em si.

No texto *Resposta à crise – estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial* (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1991), os autores consideram como situação de crise aquelas que respondem a pelo menos três dos cinco parâmetros destacados: grave sintomatologia psiquiátrica; profunda ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; negação obstinada de contato; situações de alarme em seu contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las. Esses parâmetros, quando identificados e avaliados como graves, antes da reforma psiquiátrica se constituíam fatores importantes para justificar o aprisionamento desses sujeitos dentro das instituições psiquiátricas; os excluindo e os violentando.

Segundo as determinações do Ministério da Saúde, os casos atendidos pelos serviços de emergências/urgências psiquiátricos são aqueles relacionados ao sofrimento mental comum,

como situações que incluem conflitos ou quebras relacionais entre o usuário, sua família e/ou seu ambiente social. Define ainda como casos de urgência e emergência psiquiátrica aqueles que envolvem quebra/conflito entre o usuário e ele mesmo, sendo esses de maior gravidade. Assim, os CAPS III, dentro da perspectiva da luta manicomial, se apresentam como um dispositivo que visa acolher e oportunizar o cuidado de atenção à crise, mas evidenciando o sujeito e não os sintomas apresentados por esse, oferecendo atendimento diário e noturno. Nesse contexto, tem-se estabelecido pela Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias (BRASIL, 2017).

Essa portaria ainda define como recurso humano para atuação nos CAPS III no período noturno o contingente de 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e ainda um profissional de nível médio para atuar na área de apoio e cuidado, uma vez que as diretrizes da reforma convocam a todos os trabalhadores dos serviços de atenção psicossocial irem além do seu fazer, de suas formações (BRASIL, 2017), em uma constante provocação de reorganização do processo de trabalho.

Superar o senso comum referente ao usuário de álcool e outras drogas e quanto às crises mentais, e desassociar o uso da substância com a criminalidade, proporcionando autonomia e reconhecimento desse enquanto cidadão, é o maior de todos os desafios nas instituições públicas brasileiras destinadas a essa população, uma vez que, ainda fundamentadas nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e diretrizes do SUS, essas políticas permanecem sofrendo grande influência do paradigma do proibicionismo, ao uso das drogas a questões de ordem moral ou criminosa, repercutindo diretamente na construção social pejorativa da imagem dessas pessoas.

Ainda que de forma gradativa, progressos importantes podem ser observados no campo de cuidado e atenção ao usuário de álcool e outras drogas. O marco inicial na política destinado a essa população se dá com a instituição Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Droga no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, instituindo o uso de álcool e outras drogas como um grave problema de saúde pública, relacionando o uso abusivo das substâncias com o aumento da incidência do número de pessoas contaminadas com HIV/AIDS, inaugurando as primeiras diretrizes para uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, tendo como principal estratégia na saúde pública a redução de danos. Além disso, práticas que têm como objetivo intervir e prevenir a transmissão de DST entre os usuários de droga, sobretudo entre os usuários de drogas injetáveis. Outro ponto relevante nesse programa é a implantação

dos CAPS AD, um modelo de serviço de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental direcionado para os pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

No ano de 2010, a partir da análise do cenário epidemiológico do país referente ao consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato e de pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens, onde os dados apresentados mostraram um aumento exacerbado dessas substâncias, determinou-se a criação da modalidade de CAPS AD III como forma de ampliar, intensificar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde para o público usuário de álcool e outras drogas, respondendo às demandas apresentadas no período (BRASIL, 2010).

A Portaria do MS nº 2841, de 20 de setembro de 2010, estabelece os Centros de atenção psicossocial Álcool e outras drogas como serviços com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, atendendo adultos ou crianças e adolescentes com transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, são consideradas as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com acolhimento noturno e observação de 8 a 12 vagas, para uma área de abrangência envolvendo cidades e ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes, bem como são normatizados critérios para implantação, características, modo de funcionamento, atividades e recursos humanos necessários para o funcionamento desses serviços (BRASIL, 2010).

Contudo, somente a partir da Portaria do MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, sob a influência da 66ª Assembleia Mundial da Saúde, novas perspectivas nas políticas e práticas de atenção no SUS às pessoas em uso prejudicial de drogas foram estabelecidas, instituindo uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011).

Estabeleceu-se que essa rede de atenção deve ser pautada na estratégia de redução de danos, na clínica no cuidado humanizado, integral e principalmente singular e em liberdade, com um cuidado que: possibilite a essas pessoas gerirem suas vidas, preservando suas escolhas; mantenha o foco na pessoa e não nas substâncias; possa reduzir os danos causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, mas pensando principalmente na ampliação da vida; ocorra sem julgamentos, orientado pela inclusão social e busca da autonomia desses usuários e

preservação dos seus direitos, bem como combater os estigmas e preconceitos gerados pelo uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Um dos princípios norteadores das políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei 8080/90, é a Universalidade, um princípio que garante o direito à assistência à saúde na integralidade, valoriza a descentralização do modelo de atendimento e determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Todavia, a criminalização do usuário de drogas ilícitas e a desigualdade social e econômica, além de segregarem, interferem de forma exorbitante na garantia de acesso aos serviços de saúde às pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. O Estado que garante à saúde como direito, e reconhece o usuário de álcool e outras drogas como cidadão, elaborando leis que visem o cuidado desses em uma perspectiva de inclusão, é o mesmo que usa de medidas proibicionistas, de coerção e de violência no combate ao uso das drogas e da violência para superar conflitos nos territórios, objetivando uma sociedade livre do consumo das drogas (BRASIL, 1990). Assim, a portaria do Ministério da Saúde nº 3088, de 13 de dezembro de 2013, enquanto política pública, inaugura uma nova ótica de cuidado e atenção, ainda que sobre interfaces aparentemente antagônicas dos campos políticos, clínicos e ideológicos da dependência química do álcool e outras drogas no país.

Entretanto, conforme Santos (2020), observam-se tempos sombrios e incertos quanto aos serviços de saúde mental no Brasil, onde repousa sobre os ombros dos trabalhadores de saúde mental e de milhares de usuários desses serviços a insegurança sobre os seus destinos uma crise no campo psicossocial sem precedentes dentro da reforma psiquiátrica.

Nos últimos 30 anos, importantes avanços resultantes do processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental estão ameaçados pelo governo, por meio de notas técnicas e portarias que visam exclusivamente promover a internação psiquiátrica para obter ganhos políticos e econômicos, beneficiando grandes hospitais e financiando comunidades terapêuticas com abordagens proibicionistas e de reclusão, especialmente no cuidado aos usuários de álcool e drogas. Essas portarias vão além da perda de recursos financeiros destinados à manutenção de serviços alternativos que tratam as pessoas com sofrimento mental com dignidade, serviços baseados em liberdade, respeito e autonomia. Apesar das políticas públicas que desvalorizam esses serviços e buscam desmontá-los, a rede de atenção à saúde mental persiste e resiste (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

2.2 REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO NA HOSPITALIDADE NOTURNA NOS CAPS III E CAPS AD III

A partir da narrativa, ainda que breve, dos elementos que envolveram o percurso de criação do CAPS III, do CAPS AD III, e a sistematização do funcionamento desses serviços, bem como a complexidade que envolve o cuidado às pessoas em sofrimento mental, e ainda dos sujeitos com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o presente trabalho dá ênfase à atuação dos profissionais de enfermagem de ensino médio na hospitalidade noturna desses dispositivos enquanto parte da equipe multidisciplinar dessas modalidades.

As informações apresentadas nos capítulos anteriores apontam que a implantação do primeiro CAPS III no Brasil, bem como do CAPS AD III, conforme últimos dados das Rede de atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde, em 2022, algumas reformulações foram realizadas nas diretrizes do funcionamento desses serviços. Porém, se mantém a essência de um dispositivo para atender às demandas em saúde mental no período noturno, dentro de um projeto terapêutico singular para os usuários já em acompanhamento no serviço, que necessitam de afastamento devido situações conflituosas, bem como de suporte em situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas. Dentro dessa perspectiva de acompanhamento e cuidado, alguns estudos têm demonstrado a equipe de enfermagem de nível médio no período noturno como principal protagonista na manutenção desses serviços no referido horário.

Na pesquisa *Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III*, realizada por Silva et al. (2020), evidencia-se a importância da participação da equipe de enfermagem no CAPS III estudado, sendo a principal responsável pelo cuidado e acolhimento noturno, favorecendo um ambiente de escuta mais próxima dos usuários, principalmente para aqueles em crise. Alguns relatos apresentados na referida pesquisa exemplificam, com clareza, a dinâmica de trabalho desses profissionais.

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), [...] 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) (SILVA, et al., 2020, p. 03).

A pesquisa supracitada demonstrou a existência de uma enfermeira de nível superior no papel de suporte e supervisão aos profissionais de enfermagem de nível médio. No entanto, outros estudos apontam configurações diferentes nas equipes que atuam nessa mesma modalidade, mas igualmente centralizando o cuidado e acolhimento noturno sob responsabilidade da equipe de enfermagem.

Oliveira (2016), em seu trabalho *Hospitalidade noturna: subsídios para atenção psicossocial no CERSAM AD Pampulha/MG*, chama a atenção para o referido serviço onde o cuidado da hospitalidade noturna para os usuários em tratamento fica apenas na responsabilidade dos técnicos de enfermagem e auxiliares em plantões de 12 por sessenta horas, com dimensionamento de um profissional para cada 2 pacientes e capacidade máxima de quatro usuários. Embora aponte, em sua pesquisa, um suporte para intercorrências no serviço noturno no CAPS estudado, denominado Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), Oliveira (2016) demonstra preocupação com essa conformação e com outros aspectos referentes ao funcionamento.

Apesar da implantação desse serviço, o parecer técnico do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) chama atenção para a inexistência do amparo legal para a atuação de auxiliares de enfermagem na hospitalidade noturna, sem a supervisão presencial do enfermeiro. Somado a isso, essa modalidade apresenta algumas lacunas, principalmente no que se refere aos aspectos legais desta prática e, por ser uma estratégia recente, exige melhor preparo de todos os profissionais, especialmente da equipe de enfermagem, focalizando os auxiliares e técnicos de enfermagem que prestam assistência nesses locais (OLIVEIRA, 2016, p. 9).

Conforme citado por Oliveira (2016), o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN- MG), enquanto órgão que fiscaliza e normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem em Minas Gerais, no ano de 2006, emitiu um parecer desfavorável à atuação de Auxiliares de Enfermagem sem a supervisão presencial do Enfermeiro, pois as atribuições e qualificações dos primeiros, embora também importantes, são dependentes de permanente orientação do profissional de nível superior, inclusive no horário noturno e, ainda, nos feriados e finais de semana.

Essa decisão tem respaldo jurídico não apenas nas legislações que regulamentam o trabalho desses profissionais na Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros desses serviços. Além disso, estabelece a necessidade de uma equipe mínima que deverá ser composta pelos seguintes profissionais: 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, deve ser necessariamente enfermeiro; 3 (três) técnicos de enfermagem, sob

supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa (BRASIL, 2012).

Contudo, a Portaria GM 336/02, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, e ainda traz os técnicos e auxiliares para compor as suas equipes mínimas de atuação, não define seus papéis e funções dentro da equipe de saúde mental nesses serviços, gerando uma ambiguidade no exercício da profissão (BRASIL, 2002).

Apesar da não conformidade do funcionamento do serviço no qual a pesquisa foi realizada, esse fato não desvaloriza o trabalho efetuado pelos profissionais de nível médio que atuam neles, mas evidencia as potencialidades desses trabalhadores em assumir, quase que interinamente, o cuidado em um lugar com questões tão adversas (OLIVEIRA, 2016).

Constituindo-se como o maior grupo de trabalhadores dos CAPS, são os profissionais de nível médio de enfermagem que também apresentam o maior tempo de convívio com usuários desses serviços, e mesmo, muitas vezes, sendo desprovidos de formação adequada para lidar com as questões do sofrimento psíquico, ainda assim, em sua maioria, conseguem executar suas tarefas dentro das diretrizes éticas necessárias para atuação dentro desses serviços.

Zerbetto e Pereira (2005), em seu estudo intitulado *O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental*, relatam:

O auxiliar e o técnico de enfermagem assumem outra postura quando estabelecem relação com o usuário (tecnologia leve), ou seja, estão atentos à problemática de saúde do indivíduo que busca ajuda e, portanto, o profissional pode utilizar-se do acolhimento como instrumento de intervenção. A informação trazida pelo usuário é ouvida e interpretada, pois, ao falar de si mesmo, de sua história de vida, ele vai resgatar a si mesmo, podendo o profissional ajudá-lo a se perceber, a se reposicionar subjetivamente, propondo ajuda aos seus conflitos e apoiando-o nos seus desejos e sonhos, para resgatar a sua vida cotidiana, dando, assim, um primeiro passo para uma intervenção reabilitativa (ZERBETTO; PEREIRA, 2005, p. 114.).

Para além dos problemas externos que afetam diretamente os serviços direcionados às pessoas em sofrimento mental, existem questões internas que desestabilizam e fragilizam também esses serviços. Um dos principais fatores são as tensões e conflitos dentro das equipes denominadas “multidisciplinares”, onde os jogos de poder e os interesses individuais acabam sempre produzindo desgaste e alienação nos processos de trabalho, bem como problemas de comunicação e relacionamento, tendo como depositários os usuários do serviço de saúde (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Apesar da relevância do trabalho do técnico de enfermagem dentro dos serviços de saúde mental, conforme citado por Zerbetto e Pereira (2005), o cuidado executado ainda permanece imperceptível, gerando adoecimento e impactos na subjetividade dessas pessoas.

Em um trabalho sobre as narrativas dos técnicos e auxiliares de enfermagem no CAPS, Campos (2011) relata a invisibilidade narrada pelos profissionais aos olhos dos demais membros da equipe com formação universitária, a percepção de desvalorização e a discriminação.

Na história da loucura dentro dos hospitais psiquiátricos, a atuação dos profissionais da enfermagem na assistência às pessoas com sofrimento mental esteve marcada por práticas de assujeitamento e violência das mais diversas formas. Todavia, o advento da reforma psiquiátrica trouxe aos trabalhadores de enfermagem que atuam na atenção psicossocial a possibilidade de ressignificar o cuidado prestado a essa população, na busca de novas práticas e ações em substituição ao modelo hospitalocêntrico, que contemplem a subjetividade, respeitando os direitos e a dignidade humana das pessoas com sofrimento mental, bem como dos usuários de álcool e outras drogas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

No texto *Atender à crise: descentralizando espaços*, Lobosque (2001) faz uma breve descrição acerca da forma de funcionamento do CERSAM ou NAPS (núcleos de atenção psicossocial), ressaltando a mudança de paradigmas nesses serviços e a descentralização do poder. Conforme o referido autor: “O sistema é montado independentemente da formação acadêmica dos membros da equipe: assim, conforme a escala, pode ou haver ou não um psiquiatra atuando na recepção” (LOBOSQUE, 2001, p. 89.)

Em sua narrativa a respeito do processo de trabalho nesses serviços, Lobosque (2001) ainda evidencia a importância de um trabalho em equipe. “Durante a permanência deste paciente no serviço, praticamente todos os técnicos participarão de seu tratamento, veremos como; mas nenhum deles terá esta posição singular do técnico de referência ou terapeuta” (LOBOSQUE, 2001, p. 90).

Apesar de no texto citado a autora não fazer nenhuma menção aos funcionários que ocupam o cargo de nível médio nos serviços de atendimento à crise, é notória a importância e o engajamento de cada membro da equipe, independente da formação ou função exercida dentro dos CAPS. Todavia, mesmo dentro desses espaços, ainda persistem saberes hegemônicos e tramas de poder. Diante disso, tem-se como resultados profissionais debilitados, sobrecarregados, distanciados e indiferentes ao sofrimento humano, pois eles próprios sentem-se vítimas do sistema público de saúde, constantemente desassistidos em suas necessidades

básicas de trabalho, respeito e dignidade. Esses trabalhadores não se sentem fazendo parte do processo de trabalho, não se reconhecendo no seu fazer (LOBOSQUE, 2001).

O cuidado em saúde mental necessita de uma equipe coesa, onde os valores individuais e as potencialidades de cada um possam estar alinhados à proposta da bandeira da luta antimanicomial, onde não pode haver espaços para centralização de poder ou atitudes que visam apenas ganhos pessoais (SANTOS, 2012). Mas como pode haver segregação dentro de um espaço onde se valoriza as diferenças e a inclusão? Onde se valoriza a multiplicidade de saberes? A ideia da enfermagem em ocupar um espaço profissional, onde pudesse ser valorizada de forma igualitária em relação aos demais profissionais, seria uma utopia? Quais as estratégias para que esses profissionais possam ser reconhecidos pelo seu fazer e saber, bem como desenvolvam uma autovalorização?

O caminho percorrido pela pesquisadora enquanto técnica de enfermagem trabalhadora na hospitalidade noturna nos CAPS III e AD III de Belo Horizonte por mais de 15 anos, e os estudos bibliográficos, possibilitaram importantes reflexões acerca do campo de atuação dos profissionais de enfermagem de ensino médio enquanto parte de uma equipe multiprofissional na atenção psicossocial, impactando ativamente na assistência e cuidado prestado às pessoas com sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas na hospitalidade noturna.

A continuidade do cuidado realizado pelo técnico de enfermagem nos plantões noturnos dentro dos CAPS III e AD III legitima a mudança de paradigma proposta pela reforma psiquiátrica, descentralizando o poder dentro dos serviços de atenção psicossocial, proporcionando a esse profissional mais autonomia e abrindo espaço para explorar novas habilidades e competências, uma vez que estes passam a assumir quase interinamente a assistência dentro desses serviços. Todavia, o desenvolvimento dessa autonomia também os convoca para internalizar novos valores, novas responsabilidades e implicações, bem como compreender a importância do seu papel enquanto parte de uma equipe multiprofissional, principalmente na vida dos usuários do serviço.

O espaço do técnico de enfermagem na hospitalidade nos CAPS III e AD III, ainda que assegurado por normas e portarias, não é um lugar posto, mas algo a ser conquistado. E o empoderamento desse espaço passa também por um conhecimento mais abrangente da população assistida no período noturno dentro dos serviços.

Compreender que a noite, para uma parcela significativa dessa população, tem outros aspectos mais árduos, com maior desamparo, que as expõe às mais diversas situações de violências físicas e psicológicas. São pessoas que vivem e sobrevivem em condição de grande

vulnerabilidade social, que passam as noites dormindo nas ruas, nas praças, embaixo de viadutos e pontes ou circulando pelas cidades na penumbra. Esses indivíduos estão em situação de rua pelas mais variadas razões. São homens e mulheres, muitas vezes, sem nome, desprovidos de tudo, até mesmo do seu reconhecimento de cidadania.

Um recente levantamento a respeito da população de rua em Belo Horizonte, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, no ano de 2022, diagnosticou que o contingente de pessoas em situação de rua na última década quase triplicou, apontando como uma das razões mais citadas para a permanência dessas pessoas nas ruas o uso de álcool e drogas (GONTIJO, 2022).

Outro importante dado levantado pelo censo é o aumento do autorrelato de pessoas com transtornos mentais em situação de rua. São essas pessoas, com suas histórias de vida, com a dureza do cotidiano das ruas, com as fragilidades que a noite expõe, que chegam aos nossos serviços, na busca de estratégias e cuidados que possam minimizar seus conflitos internos, além de reduzir os danos das vivências na rua. Essas pessoas trazem consigo sofrimentos físicos e psíquicos tão intensos que poderiam comprometer ou colocar em situações de risco a própria existência.

É de grande relevância para os profissionais de enfermagem de nível médio que atuam nos serviços de atenção psicossocial CAPS III e AD III no período noturno entenderem que as vivências trazidas pela população em situação de rua, tal qual de todos os usuários que dentro de um projeto terapêutico em acompanhamento no referido horário, influenciará diretamente na assistência de enfermagem que será prestada.

A história de vida de cada usuário, assim como a forma no qual se relacionam com o mundo, poderá impactar amplamente no modo em que internalizarão a permanência dentro desses serviços, interferindo em seus comportamentos, ações, interações sociais e até mesmo no sono, algo muitas vezes considerado como importante balizador de saúde. Tudo isso pode acarretar sintomas como ansiedade, inquietação, insônia e medo.

A partir da perspectiva do funcionamento dos CAPS III e AD III na hospitalidade noturna, onde a oferta do cuidado deverá valorizar o sujeito e não os sintomas apresentados, caberá aos profissionais de enfermagem de nível médio em exercício criarem estratégias de atenção, que além de garantirem o atendimento às necessidades básicas e clínicas, deverá ofertar um cuidado mais ampliado, com mais acolhimento e mais escuta, com mais laços e menos amarras, com menos medicação e mais afeto. Esse cuidado deve priorizar as singularidades e possibilitar autonomia e um maior protagonismo de cada usuário em seu

tratamento, respeitando suas escolhas, suas vivências, seu lugar enquanto cidadão e sujeito de direitos. Além disso, que venha ressignificar e ampliar o papel desses trabalhadores da enfermagem na hospitalidade noturna, valorizando suas práticas e marcando seu lugar no campo da saúde mental (GONTIJO, 2022).

No entanto, conforme Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), para que haja o reconhecimento moral e profissional desses trabalhadores dentro desses serviços de atenção psicossocial, e a enfermagem deixe de carregar o estigma gerado pelas arbitrariedades e violências cometidas dentro dos hospitais psiquiátricos em outros tempos, e consiga modificar a imagem social equivocada de um trabalho voltado para caridade ou com menos qualificação, se faz necessário esforços diários, primeiramente individuais, que beneficiem um auto reconhecimento, mudanças de atitudes que favoreçam o crescimento e desenvolvimento de cada um, mediante a valorização de suas pequenas e grandes conquistas, não negligenciando os resultados e os desafios que já foram superados e proporcionando a sensação do dever cumprido.

A busca pelo reconhecimento também demanda uma postura mais proativa e menos subserviente do trabalhador de nível médio de enfermagem dentro da equipe multiprofissional, por meio de melhorias na sua qualificação profissional, seja a partir de educação continuada, grupo de estudos, maior participação dentro das reuniões de equipe, conferências, ou até mesmo se permitindo o direito à fala expondo seu trabalho por meio de produção autoral, onde o compartilhar dos seus saberes e suas práticas poderia propiciar a esses trabalhadores uma maior visibilidade no espaço institucional e ainda transpor as barreiras da sua formação. Contudo, esses são os esforços coletivos que se mostram impreteríveis na busca desse reconhecimento nos espaços de trabalho.

O fortalecimento dos profissionais de nível médio enquanto grupo se apresenta como fator preponderante, uma vez que possibilitaria um maior protagonismo da assistência da enfermagem, maior envolvimento com o trabalho realizado e ainda potencializar ações que corroborem mudanças nas relações interpessoais e que venham a diminuir conflitos existentes dentro do ambiente de trabalho. Porém, mesmo sendo o maior contingente nos serviços substitutivos de saúde mental, sua consolidação é mais um desafio para esses profissionais.

Cabe ressaltar que, independente dos esforços individuais ou em grupo, é de grande importância o papel da gestão enquanto mediadora da equipe multiprofissional, oportunizando lugares onde esses trabalhadores possam ter voz dentro dos serviços ou incentivando o envolvimento desses profissionais em atividades em outros ambientes de produção e

compartilhamento de conhecimentos, em um movimento de valorização de todos os componentes da equipe e fortalecimento dos serviços de atenção psicossocial diante das adversidades governamentais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do trabalho realizado de pesquisa bibliográfica e das observações da pesquisadora sobre a atuação do profissional de nível médio na hospitalidade noturna, foi possível refletir que não basta a esses trabalhadores pertencerem ao quadro de funcionários desses serviços para ocuparem um lugar dentro de uma equipe. Nesse sentido, compreende-se que o reconhecimento e a valorização profissional são conjuntos de esforços individuais e coletivos permanentes. Muitas vezes, é necessário desconstruir a própria história, refletindo sobre os valores individuais que os fazem continuar com suas trajetórias nesses espaços, mesmo diante de tantas adversidades. O engajamento desses profissionais no processo da reforma psiquiátrica e na militância pela preservação dos direitos das pessoas com sofrimento mental e dos usuários de álcool e outras drogas ressignifica a assistência e o cuidado a essa população. O ato de cuidar apresenta múltiplas faces, em cada uma delas há novos aprendizados, sendo necessário embasamentos científicos que qualifiquem e proporcionem um maior entendimento do sofrimento mental em sua subjetividade. Cada paciente tem suas singularidades, mesmo nas crises. Para conseguir cuidar, é preciso encontrar a todo momento uma nova forma de linguagem e de aproximação. Esse é um trabalho de constante conquista, onde é necessário vivência, conhecimento, empatia e, sobretudo, desejar ser o operador deste cuidado.

São muitos os desafios para aqueles que escolhem o caminho de trabalhar dentro dos serviços de atendimento às pessoas em sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas. Esse é um caminho árduo e cheio de obstáculos políticos, injustiças sociais e histórias de sofrimento, onde existe a responsabilidade de buscar um serviço que possa garantir um atendimento com mais dignidade e menos exclusão, com mais escuta e menos gritos de dor, com mais humanização e menos criminalização, com mais respeito e menos coerção, com mais elos e sempre em liberdade. Essa responsabilidade pesa, muitas vezes, de forma contundente, sobre os ombros desses trabalhadores. Todavia, para os profissionais de nível médio da enfermagem, existem outros atravessamentos que dificultam ainda mais essa caminhada, tornando-a mais dura, difícil e solitária e exigindo empenho e persistência para garantir seu espaço nessa estrada de luta pela valorização da vida (SANTOS, 2012).

Que a bandeira da luta antimanicomial, com seus valores éticos e morais, seja sempre o laço que venha a unir a todos (trabalhadores, pacientes e familiares), diminuindo as diferenças e aumentando a diversidade de saberes, vivências, de cores, sons e formas de cuidado, para que a caminhada pelo fim da institucionalização seja mais leve e com mais conquistas, proporcionando maior prazer e sentido à jornada percorrida (GONTIJO, 2022).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Presidência da República. **Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002**. República. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, de 26 de dezembro de 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/anexo/anexo_prt3099_23_12_2011.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19, de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 25. Mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 09 jul. 2015.

BRASIL, Presidência da República. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 13 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 de setembro de 2010. Disponível em: www.ccs.saude.gov.br/saudemental/legislacao.php. Acesso em: 16 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 fev. 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos>. Acesso em: 13 fev. 2023.

BOFF, L. **Crise: oportunidade de crescimento**. Campinas: Verus, 2002.

CAMPOS, R. O.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2051-2058, 2011.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

DIAS, M. K., FERIGATO, S. H., FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 595–602, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>. Acesso em: 13 mar. 2023.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p.161-94. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-e-ufmg-apresentam-resultados-preliminares-do-censo-da-populacao-de-rua-de-bh>. Acesso em: 10 mar. 2023.

GONTIJO, T. G. **Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pela população em situação de rua**. 2022. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2022.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 31-44, mar. 2007.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 20 (2), jun. 2007 Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SANTOS. Estado de São Paulo. **Primeiro Caps 24 Horas do Brasil, em Santos, completa 30 anos**. Santos: Secretaria de Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/primeiro-caps-24-horas-do-brasil-em-santos-completa-30-anos>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SANTOS, L. S. **A polissemia do cuidado na saúde mental infantojuvenil**. 2020. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

SANTOS, M. R. P. **Juntos na luta**: a trajetória de uma associação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental na cidade de Salvador, Bahia. 2012. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SILVA, T. C. S. *et al.* Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, 2020.

SILVA, E. O. **Hospitalidade noturna**: subsídios para atenção psicossocial no Cersam ad Pampulha/MG. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, p. 112–7, jan. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100018>. Acesso em: 15 fev. 2023.