

O QUE SE ENTENDE POR ACOLHIMENTO NOTURNO PELA EQUIPE DO CAPS AD III DE PALMAS/TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

WHAT IS MEANT BY NIGHT WELCOME BY THE CAPS AD III TEAM OF PALMAS/TO: EXPERIENCE REPORT

Andressa Ayres Tavares 1
Jacqueline Jhennysser de Almeida Ferreira 2
Ana Carolina Peixoto do Nascimento 3

Resumo : *Objetivo: Esse trabalho propôs identificar os critérios utilizados pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24 horas (CAPS AD III) de Palmas para admissão do usuário no acolhimento noturno, e quais os desdobramentos dessa oferta para o cuidado integral em saúde mental. Método: Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica, de natureza qualitativa e exploratória, construída a partir dos relatos de experiências de duas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, das áreas de Enfermagem e Terapia Ocupacional. Discussão: As informações apresentadas são oriundas dos diários de campo construídos ao longo do primeiro ano de residência, a partir da atuação no cenário de prática CAPS AD III, com enfoque nos casos de admissão para o acolhimento noturno. Conclusão: A partir da vivência de campo das residentes, observou-se que há dificuldade de compreensão por parte da equipe multiprofissional do CAPS AD III acerca dos objetivos de acolhimento noturno e da identificação dos critérios clínicos e psicossociais para a oferta desta modalidade de cuidado.*

Palavras-chave: CAPS AD III. Saúde Mental. Residência Multiprofissional. Acolhimento Noturno.

Abstract: *Objective: This study aimed to identify the criteria used by the team of the 24-hour Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III) in Palmas for the admission of users to night care, and what the consequences of this offer are for comprehensive health care. mental. Method: This is a documentary and bibliographic research, qualitative and exploratory, built from the reports of experiences of two residents of the Multiprofessional Program in Mental Health, in the areas of Nursing and Occupational Therapy. Discussion: The information presented comes from field diaries built during the first year of residency, from the performance in the CAPS AD III practice scenario, focusing on cases of admission to night care. Conclusion: From the experience of reception and the identification of care criteria for residents, it was observed that there are several difficulties in understanding on the part of the CAPS AD III team about the objectives of reception and the identification of clinical care for people and psychosocial care. for the offer of this type of reception.*

Keywords:

- 1 Fundação Escola de Saúde Pública, Plano Integrado de Residências em Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Palmas/TO – Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5574402170696284>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0416-0226>. E-mail: andressa.tavares.to@gmail.com
- 2 Fundação Escola de Saúde Pública, Plano Integrado de Residências em Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Palmas/TO – Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0055602348352492>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6511-594x>. E-mail: jacquelinejhennysser@hotmail.com
- 3 Fundação Escola de Saúde Pública, Plano Integrado de Residências em Saúde, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Palmas/TO – Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3221196520728028>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2051-7838>. E-mail: ana.carol57@hotmail.com

Introdução

O consumo de drogas sempre esteve presente na história da humanidade e, antes mesmo da invenção da escrita, o ser humano já manipulava plantas que provocavam alterações na consciência para os mais variados fins, sejam religiosos, medicinais, prazerosos ou culturais, e a sua utilização mudava de acordo com o povo, a cultura e o momento histórico (OLIVEIRA, 2019). No Brasil, o uso de substâncias com propriedades psicoativas integra a história dos povos originários desde antes da colonização, isso porque as populações indígenas já faziam o uso de inúmeros produtos botânicos com efeitos psicoativos e muitas das práticas utilizadas persistem até os dias atuais (TORCATO, 2016).

Até a década de 1970, o tratamento para as pessoas que usam drogas no Brasil era fundamentado na perspectiva manicomial, punitiva e criminalizadora com o tratamento direcionado exclusivamente à abstinência (ARAÚJO, 2018). A partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, culminando na lei Federal nº 10.216/2001, iniciou-se um avanço na proteção e nos direitos das pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, consolidando diretrizes básicas que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e efetivando ações para minimizar as consequências de possíveis agravos, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental para um cuidado integral.

Esses movimentos foram importantes para o enfrentamento ao modelo clássico de assistência, centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos, em que haviam denúncias de graves violações aos direitos das pessoas com transtornos mentais. Buscando a integralidade da assistência, ampliação e articulação dos pontos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), se estabeleceu o cuidado em saúde com serviços baseados no território e na comunidade, buscando substituir gradativamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial.

Essa substituição é consolidada com a regulamentação da Portaria 336/2002, estabelecendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da Política de Saúde Mental e um dos serviços de referência territorial no cuidado à saúde mental. Em Palmas, capital do Tocantins, existem duas modalidades de CAPS, sendo o CAPS II voltado para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e com transtornos mentais graves e moderados, e o CAPS AD III (álcool e outras drogas 24

horas) serviço de saúde que busca proporcionar a atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2004).

Essa pesquisa tem como campo de estudo o CAPS AD III, modalidade que oferece, quando necessário, a retaguarda noturna por meio do acolhimento noturno (ou 24 horas), durante o período limitado de até quatorze dias em um período de trinta dias, baseado em critérios clínicos, desintoxicação e/ou em critérios psicossociais (BRASIL, 2012). A portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012 atribui o acolhimento noturno como:

Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetiva a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais (BRASIL, 2012).

Essa estratégia pode ser um recurso terapêutico potencializador para atender aos objetivos do CAPS AD III na redução das internações psiquiátricas de longa duração, no cuidado longitudinal, com foco na reinserção social e autonomia do sujeito, atuando na perspectiva da Redução de Danos.

O acolhimento noturno apresenta-se como tecnologia de cuidado às pessoas com necessidades de atenção decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e baseia-se em práticas guiadas pela concepção teórica da desinstitucionalização e da clínica ampliada.

Okazaki *et al.* (2010) trazem que o acolhimento noturno provoca uma reorganização do processo de trabalho no cotidiano dos profissionais desse serviço, visto que nesse período ocorre um fortalecimento do vínculo entre os profissionais da equipe multidisciplinar e usuário onde, através do Projeto Terapêutico Singular, há uma participação ativa do paciente no seu tratamento e a incita novos sentidos de cuidado. A legislação não especifica, objetivamente, o que são os critérios clínicos e psicossociais, permitindo que cada serviço construa seus critérios de acordo com seu contexto e com as necessidades dos usuários atendidos.

A inserção de residentes no CAPS AD III faz parte do Plano Integrado de Ensino da Residência Multiprofissional de Saúde Mental, e foi escolhido pela dupla devido às residentes se interessarem sobre o mesmo tema, bem como a facilidade de acesso ao serviço para a construção dessa vivência. Por meio da aplicação prática dos conteúdos teóricos, foi possível proporcionar um acréscimo de experiência no processo de atuação multiprofissional, viabilizando a ampliação de novos horizontes para os futuros profissionais, passando a conhecer esse processo e a forma de trabalhar, para ofertar um cuidado integral de melhor qualidade para os usuários. Em vista dos poucos achados de pesquisa sobre o tema no estado do Tocantins, relacionados à experiência de residentes de saúde mental, essa pesquisa torna-se fundamental para ampliar a discussão acerca da oferta do acolhimento noturno no CAPS AD III.

Diante do exposto, essa pesquisa tem como objetivo identificar os critérios utilizados pela equipe do CAPS AD III de Palmas para admissão do usuário no acolhimento noturno, e quais os desdobramentos dessa oferta de assistência aos usuários acompanhados pelo serviço.

Método

Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica, de natureza qualitativa e exploratória. Esse trabalho é oriundo do relato de experiência de duas residentes, das áreas de Enfermagem e Terapia Ocupacional, do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do município de Palmas/TO, no período de novembro de 2020 a abril de 2021.

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma formação em saúde com nível de pós-graduação *Lato sensu*, direcionada às profissões da área da saúde, exceto Medicina: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 1998).

Em 2005, com a lei 11.129, foi regulamentada e instituída a Residência como programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005). Esta Lei estabelece regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de dois anos, sendo 80% da carga horária desenvolvida em atividades práticas e com 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas. A residência se apresenta como oportunidade significativa de aprendizado e transformação, possibilitando que os serviços de saúde repensem suas práticas profissionais (SILVA; NATAL, 2019). Como parte da composição da equipe multiprofissional, o residente de saúde mental pode contribuir para a construção e transformação desse cenário de prática, sempre buscando formas de cuidado integral ao usuário.

A construção dessa pesquisa é baseada nas informações dos diários de campo que contém registros das reuniões de equipe multiprofissional do CAPS AD III de Palmas/TO, com enfoque nos casos de admissão para o acolhimento noturno. Os diários de campo possibilitam ao pesquisador registrar de forma descritiva como, por exemplo, descrever uma imagem por palavras relacionadas a um lugar, pessoas ou ações observadas, e de forma reflexiva registrar suas impressões, sentimentos

e preocupações sobre o que se aprendeu (AFONSO, 2015).

É importante frisar que os apontamentos seguiram os preceitos do Código de Ética profissional das respectivas categorias, e buscaram respeitar o sigilo, não contendo nos registros informações a respeito dos funcionários, usuários ou seus familiares.

Os registros têm o enfoque nos critérios clínicos e psicossociais utilizados pela equipe para a oferta do acolhimento noturno no CAPS AD III de Palmas/TO, porém foram adicionadas algumas informações sobre o cotidiano do serviço, buscando enriquecer os relatos.

Discussão

Durante o processo de leitura e agrupamento das informações obtidas dos diários de campo, as informações foram divididas em subtópicos que apareceram com mais frequência nos relatos das residentes. Organizou-se esse relato através de quatro núcleos de sentido: compreensão da equipe sobre o que é o acolhimento noturno e as barreiras de acesso; dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional; redução de danos; e impacto da admissão no acolhimento noturno devido a pandemia da Covid-19. Tendo em vista que o relato de experiência propõe narrar as vivências, será adotado um caráter mais pessoal ao texto e utilizaremos a terceira pessoa do plural.

Compreensão da equipe sobre o que é o acolhimento noturno e barreiras de acesso

Após leitura dos diários de campo, identificamos que a equipe não utilizou os mesmos critérios para admissão ao acolhimento noturno e essa dificuldade em materializar a literatura na prática pode estar relacionada com a carência de estudos, além da falta de especificidade da legislação sobre os critérios que deveriam ser utilizados para acesso aos leitos.

Alguns dos usuários que solicitaram o acolhimento noturno durante o período da pesquisa apresentavam vulnerabilidades sociais como, por exemplo, estar em situação de rua, e este foi um dos mais destacados durante as reuniões. Esse aspecto suscitava a discussão com os profissionais da equipe que o acolhimento noturno se tornava um “albergue”, onde os usuários buscavam um lugar para dormir sem haver uma necessidade de saúde e, com isso, os critérios sociais eram sobrepostos aos critérios clínicos, fugindo então do cuidado em saúde disponibilizado pelo serviço.

Nesse aspecto, faz-se importante considerar que a saúde não é meramente a ausência de doença, mas sim, composta por um conjunto de determinantes sociais. É essencial utilizar o critério social para admissão ao acolhimento noturno, visto que a dependência de álcool e outras drogas é uma questão social de saúde que ocorre por diversos fatores, como pela ausência de políticas públicas de qualidade, incluindo a falta de acesso à moradia, saneamento básico, alimentação, sendo estes aspectos alvo de estratégias eventuais, tais como os espaços de abrigo temporário (ARAÚJO, 2018).

Em muitos casos, a equipe composta pelos profissionais de enfermagem, condicionou o acesso ao acolhimento noturno à avaliação médica e prescrição de medicações, devido à dificuldade de manejo em situações de crise, em especial as crises de abstinência.

O predomínio, ainda, do poder médico, a centralização de muitas ações na figura do psiquiatra e a ampla divulgação das pretensas maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso, como tratamento único, ajudam a manter relações de poder nas práticas de Saúde Mental que nos fazem cativos do século XVIII e XIX (CARDOSO; OLIVEIRA, 2015, p. 182-183).

Considerando que a abordagem de situações de crise não é direcionada somente a contensões físicas e químicas, pode-se utilizar elementos comunitários e institucionais. Essas ações reproduzem velhas práticas manicomiais que contradizem os princípios da atenção psicossocial e reforçam o cuidado fragmentado e institucionalizante, aumentando as barreiras de acesso.

As barreiras de acesso surgem no cotidiano do CAPS AD III em situações como quando há uso de protocolos muito rígidos que não consideram as diferentes necessidades dos usuários.

Dificuldade do trabalho em equipe multiprofissional

O debate sobre a dificuldade da equipe em seguir os critérios discutidos surgiu várias vezes durante o processo de investigação, uma vez que, apesar das pactuações serem coletivas, alguns profissionais trabalhavam de forma individual, evidenciando a dificuldade de comunicação entre os profissionais e os desafios da atuação inter e multidisciplinar. Segundo da Silva Nogueira (2015) e Vasconcellos (2010), a falta de comunicação é uma dificuldade muito comum entre os profissionais da saúde, devido a questões hierárquicas e o trabalho que envolve várias profissões, tendo uma predisposição para que as mesmas categorias se comuniquem melhor entre si. Desse modo, é crucial a elaboração de atividades de treinamento e educação permanente que ajudem a abrir canais de comunicação entre os profissionais, envolvendo todos os níveis hierárquicos.

Nesse aspecto, a inserção do Programa de Residência Multiprofissional vem a contribuir como um espaço de remodelação profissional, combinado com a educação permanente, que acontece na vivência da rotina do trabalho, não somente em algo mais elaborado e sim em conversações durante um momento informal (SILVA *et al.*, 2016). Assim foi com as residentes que, durante seus questionamentos, fizeram com que a equipe discutisse mais sobre a compreensão sobre o que é acolhimento noturno e falta de critérios concretos.

O sucateamento das políticas públicas nos últimos anos tem levado à redução no quantitativo de profissionais no serviço, gerando excesso de trabalho para a equipe. As reuniões em que eram discutidos os casos para inserção no acolhimento noturno aconteciam em um único dia da semana, no período matutino, período em que parte da equipe multiprofissional (que cumpria a carga horária no período vespertino) não estava presente, o que tornava o processo de admissão do usuário mais lento, resultando em debates desnecessários sobre questões já resolvidas. Segundo Nogueira (2015), a literatura vem elencando instrumentos que são de grande importância para o trabalho multidisciplinar e a comunicação, por exemplo participação em reuniões de equipe, essencial para evitar desencontro de informações.

Além desses entraves vivenciados entre os profissionais da equipe multiprofissional, outra problemática do serviço se dava na comunicação com os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, que por inúmeras vezes se mostravam antagonistas à admissão dos usuários no acolhimento noturno. Por trabalharem em regime de plantão, os profissionais da enfermagem realizam turnos de 12 ou 24 horas, sendo estes a permanecerem no serviço no período noturno, enquanto os demais profissionais da equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, administrativo) cumprem períodos de seis horas nos períodos matutino ou vespertino.

Devido a isto, algumas situações de crise vivenciadas pelos usuários, tais como abstinência, insônia, ansiedade ou fissura em decorrência da interrupção do consumo de álcool ou outras drogas, eram manejadas somente pelos profissionais da equipe de enfermagem. Além disso, os profissionais da enfermagem são os que ficam do serviço noturno, sendo eles responsáveis por decidirem sobre ações que devem ser tomadas durante esse período, sendo essa prática solitária indo de contrário ao modelo psicossocial de atuação multiprofissional, tornando essa prática afastada da interdisciplinaridade (SILVA, 2020).

Tornando essa categoria profissional sobrecarregada, sendo isso prejudicial no que diz respeito a um acolhimento de forma integral do usuário, e também devido ao período pandêmico, durante o período da pesquisa, todos os profissionais na enfermagem trabalhavam em outro serviço de saúde e se encontravam cansados tanto física como mentalmente.

Redução de danos

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de cuidado que teve uma das suas primeiras iniciativas em 1989, no Brasil, como uma proposta de prevenção à contaminação e transmissão de hepatites virais e HIV/Aids relacionados ao compartilhamento de materiais para o uso de drogas injetáveis (MESQUITA, 1993). No âmbito do SUS, surge como estratégia de cuidado que visa a diminuição das vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, e reconhece o usuário em suas singularidades, construindo estratégias focando na defesa da vida (BRASIL, 2015). A equipe trouxe, nas discussões de caso, que o usuário deveria ter o desejo em interromper o uso das substâncias, indo contra a proposta da redução de danos. A RD não busca, necessariamente, a interrupção imediata do uso, pois compreende que algumas pessoas não conseguem ou não desejam parar o uso, ainda assim devem ter seu direito de acesso à saúde garantido, de modo a minimizar os riscos decorrentes deste uso (MOURA; SANTOS, 2011).

Outra condição utilizada pela equipe era a abstinência total, durante o período de retaguarda noturna. Visto que o acolhimento noturno se caracteriza como uma modalidade de atendimento de baixa exigência do usuário, ou seja, não exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário e demandam alta exigência à equipe, que requer um atendimento de fácil acesso, realizado de forma mais acolhedora e tolerante (FONSÊCA, 2016).

No entanto, indo na contramão de diversos países que têm incorporado a RD como base para o cuidado em álcool e outras drogas, no Brasil, a partir de 2019, a RD deixa de ser o paradigma norteador da atenção em álcool e outras drogas, com a publicação da nova Política Nacional de Drogas, instituída por meio do decreto nº 9.761, onde o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, dentre outros, têm como objetivo que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (BRASIL, 2019).

A maioria das propostas trazidas pela equipe multiprofissional, para o plano de cuidado do usuário durante seu acolhimento, eram contrárias a este decreto, que para Damasceno *et al.* (2021) fica evidente o interesse político do Estado pelo modelo hospitalocêntrico e manicomial dos asilos. As estratégias eram apoiadas nos princípios da RD, para início da reinserção social, melhoria na qualidade de vida e também como preventivo de uma internação psiquiátrica.

Impacto da admissão no acolhimento noturno devido à pandemia da Covid-19

O período de inserção como residentes no cenário de prática CAPS AD III coincidiu com o agravamento da pandemia pelo novo coronavírus e a necessidade de medidas de isolamento e distanciamento social, provocando a redução dos usuários atendidos diariamente no serviço, bem como a diminuição nas solicitações para acolhimento noturno. A necessidade do distanciamento social para amenizar a proliferação do vírus afetou as atividades disponíveis no CAPS AD III, onde é necessária uma proximidade maior com o usuário, para a formação de vínculo, assim dificultando o funcionamento de forma regular do serviço (LYONS, 2020).

Antes do início da pandemia o CAPS AD III disponibilizava 12 vagas no acolhimento noturno, sendo dois quartos para usuários do sexo masculino e dois para o sexo feminino, cada quarto composto por três camas. Com o contexto sanitário esse número foi reduzido para somente uma pessoa em cada quarto, acarretando a redução na oferta desta modalidade de atendimento.

Nas discussões de caso para admissão no acolhimento noturno em que as residentes participaram, a equipe discutiu alguns critérios prioritários para o ingresso, tais como: a) o usuário residir no município de Palmas; b) estar em uso abusivo de álcool ou outras drogas, sendo pactuado com o usuário que o mesmo não poderá manter o uso durante o período de acolhimento para promover a desintoxicação; c) se encontrar assintomático para a Covid-19.

Tendo em vista que a RAPS é organizada de forma territorial, os CAPS são destinados a atender a população de determinada área de abrangência. Deste modo, o CAPS AD III destina-

se a atender a população residente no município de Palmas, sendo que a cidade é dividida em oito territórios de saúde: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararú, e distritos correspondentes (Taquaruçu, Taquaruçu Grande e Buritirana) (PALMAS, 2016).

Nesse momento de vulnerabilidade emocional, onde o usuário está disposto a assumir que o seu uso é prejudicial, se usa essa estratégia (abstinência) para a desintoxicação, sendo ela uma regra de controle da instituição, indo de contra proposta com serviço de baixa exigência (CARVALHO, 2017)

Em virtude do agravamento da pandemia, a equipe torna a discutir sobre a possibilidade de não admitir usuários sintomáticos no acolhimento noturno, devido à ausência de equipamentos adequados de proteção individual (EPI's) no serviço, o que deixava os profissionais inseguros. Durante o período de pandemia, constatou-se que o SUS, em várias cidades, não se encontra devidamente organizado para enfrentar e fornecer EPI's adequados para os seus servidores, devido a anos de sucateamento, o que vem se intensificando com o atual governo. Esse sucateamento provoca o agravamento desse momento pandêmico vivenciado nos dias atuais (MATOS, 2021).

Considerações Finais

A partir da vivência de campo das residentes, observou-se que há dificuldade de compreensão por parte da equipe multiprofissional do CAPS AD III acerca dos objetivos do acolhimento noturno enquanto estratégia de cuidado e da identificação dos critérios clínicos e psicossociais para a oferta desta modalidade de cuidado. Essa dificuldade pode estar relacionada a não especificidade da legislação, deixando ao raciocínio das equipes a formulação e entendimento dos critérios.

Além disso, a falta de consenso entre os profissionais sobre o acolhimento noturno dificulta o trabalho em equipe, deixando o serviço desordenado e confuso, prejudicando o cuidado integral aos usuários. Outrossim, identificou-se que a lógica biomédica prevaleceu, na medida em que os critérios clínicos eram priorizados nas discussões de caso, em detrimento dos critérios psicossociais e ocupacionais. Também se observou que alguns profissionais da equipe têm dificuldades em cumprir com as pactuações realizadas nas reuniões, seja pela redução do quantitativo de pessoal e sobrecarga de trabalho, ou pelo prejuízo na comunicação inter e multidisciplinar. É importante evidenciar que os profissionais de saúde mental constantemente devem questionar sua prática, para evitar o retorno de um modelo manicomial com a pessoa médica centrada. Para que isso aconteça, utilizar a Educação Permanente em Saúde se torna uma importante ferramenta.

Como produto, devido aos incentivos das residentes, foi reconstruído o fluxograma, em conjunto com todos os profissionais, para ser utilizado, organizando e facilitando as discussões de casos, aperfeiçoando o trabalho em equipe e qualificando o acesso dos usuários ao acolhimento noturno. Desse modo, a inserção das residentes de Saúde Mental no CAPS AD III se torna uma potente ferramenta de transformação, possibilitando o incentivo à reflexão e ao debate sobre o acolhimento noturno e a oferta de cuidado no serviço, mobilizando a equipe multiprofissional para se repensar os critérios utilizados e a qualificação da atenção ofertada aos usuários, evidenciando-se a relevância da formação de profissionais em serviços de saúde mental.

Referências

AFONSO, T. *et al.* O uso do diário de campo na inserção ecológica em uma família de uma comunidade ribeirinha amazônica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, p. 131-141, 2015.

ARAÚJO, A. K.; SOARES, V. L. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 275- 284, 2018

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos Caps AD do município de Natal-RN: com a palavra a família estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, nº. 1, p. 56-63, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

BRASIL. Lei nº. 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Casa Civil, 2001.

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: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de Fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Inclui, altera e exclui procedimentos da na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.htm. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto presidencial 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a política nacional sobre drogas. Brasília, DF: Ministério da Casa Civil, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. **Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. Relato de experiência de um atendimento em um CAPS: considerações sobre o cuidado em saúde mental. **Revista do NUFEN**, v. 7, n. 2, p. 166-186, 2015.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS AD III e em uma comunidade terapêutica. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017.

FONSÊCA, C. J. B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, 2012.

LYONS, Z. *et al.* Covid-19 e o bem-estar mental de estudantes de medicina australianos: impacto, preocupações e estratégias de enfrentamento utilizadas. **Australasian Psychiatry**, v. 28, n. 6, p. 649-652, 2020.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. **Humanidades & Inovação**, v. 8, n. 35, p. 25-35, 2021.

MESQUITA, F. AIDS e drogas injetáveis. *In*: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. **Drogas: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 807-816, 2006.

MOURA, F. G.; SANTOS, J. E. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 7, n. 3, p. 126- 132, 2011.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.

OKAZAKI, C.; OLIVEIRA, M. A. F.; CLARO, H. G.; PAGLIONE, H. B.; SOARES, R. Acolhimento noturno: expectativas dos profissionais de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2010.

OLIVEIRA, S. P. **Políticas Públicas sobre Drogas em Foz do Iguaçu-PR**. 138 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016**. Institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVSPALMAS). Palmas: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.

SILVA, T. C. S. *et al.* Acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial III. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado em História Social) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 6, n. 1, p. 1- 22, 2010.

Recebido em 18 de abril 2022.
Aceito em 23 de maio de 2022.