

**Tayná Cristina Porto Leite**

**Percepções sobre a hospitalidade noturna em um CAPS III segundo sua equipe:  
critérios de inserção e alta de usuários**

**Uberlândia**

**2018**

**Tayná Cristina Porto Leite**

**Percepções sobre a hospitalidade noturna em um CAPS III segundo sua equipe:  
critérios de inserção e alta de usuários**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Renata Fabiana Pegoraro

**Uberlândia**

**2018**

**Tayná Cristina Porto Leite**

**Percepções sobre a hospitalidade noturna em um CAPS III segundo sua equipe:  
critérios de inserção e alta de usuários**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Renata Fabiana Pegoraro

Banca Examinadora

Uberlândia, 09 de Dezembro de 2018.

---

Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora)  
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Mestra Ana Luiza de Mendonça Oliveira (Examinadora)  
Grupo Semente Esperança – Araguari, MG

---

Especialista Lidiane Gonçalves (Examinadora)  
Prefeitura Municipal de Uberlândia – Uberlândia, MG

**UBERLÂNDIA**

**2018**

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todos aqueles que defendem e lutam pelos Direitos Humanos.

Aos que acreditam no potencial transformador da Educação.

Aos que reconhecem os avanços e contribuições da Reforma Psiquiátrica no Brasil e defendem a humanização do cuidado em Saúde Mental.

Aos que abominam quaisquer formas de violência, opressão e preconceito.

A todos aqueles que resistem.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter se feito presente em todos os momentos desta caminhada.

Aos meus pais, por todo amor e carinho durante esses anos. Pelo incentivo para que eu pudesse ter condições de me formar em uma universidade pública de qualidade.

A minha orientadora, sou grata pelo empenho, apoio, parceria e confiança na produção deste trabalho.

A todos os professores que cruzaram meu caminho, meu eterno agradecimento não só pelo imenso aprendizado proporcionado, mas por toda afetividade e cuidado no meu processo de formação profissional.

A esta universidade, por ter se mostrado espaço não apenas de formação profissional, mas de amadurecimento, enriquecimento pessoal e lugar de (des)construções.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, agregando de forma positiva, o meu muito obrigado.

## Resumo

A atenção e o manejo às situações de crise despontam como algumas das maiores dificuldades para os profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial. A hospitalidade noturna configura-se como mais um recurso de assistência em saúde mental oferecido pelos CAPS III no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico grave. O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar a percepção de profissionais de um CAPS III sobre o funcionamento da hospitalidade noturna no serviço, identificando critérios de inclusão e alta de usuários nesta modalidade. Foram entrevistados 9 profissionais a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado e realizada análise de conteúdo temática com os dados obtidos. A análise apontou que a estabilização da crise e a proteção à vida configuram-se como as principais contribuições do acolhimento noturno aos usuários e que este recurso assistencial cumpre com sua função de prestar o cuidado e acolhimento integral à pessoas em sofrimento psíquico grave, além de servir como ferramenta de auxílio à outras demandas que surgem no dia-a-dia do CAPS. Diante disso, conclui-se que a hospitalidade noturna tem função estratégica no manejo às situações de crise em saúde mental e que muitos são os desafios enfrentados pela equipe na interlocução dos diversos pontos da rede de atenção psicossocial no cuidado aos seus usuários.

**Palavras-chave:** Hospitalidade Noturna; Crise; Atenção Psicossocial.

### **Abstract**

The attention and the management to the crisis situations are some of the biggest difficulties for the health professionals in the psychosocial care network. Nocturnal hospitality is one more resource in mental health care offered by CAPS III in the care of people with severe mental suffering. The objective of this research was to analyze the CAPS III professional's perception about the nocturnal hospitality action, identifying criteria of inclusion and discharge of users in this modality. Nine professionals were interviewed with a semi-structured interview script and thematic content analysis was performed with the data obtained. The analysis pointed out that the crisis stabilization and life protection are the main contributions of the nocturnal hospitality to the users and this assistance resource fulfills its function of providing care and integral attention to people with severe mental suffering, besides that, serves as a tool to help other demands that arise day-to-day in CAPS. Therefore, it is concluded that nocturnal hospitality is a strategic function in the care of crisis situations in mental health and that many are the challenges faced by the professional's team in the interlocution of the psychosocial care network points in the care of users.

**Keywords:** Nocturnal Hospitality; Crisis; Psychosocial Care.

## Sumário

Introdução.....	9
Desenvolvimento.....	15
Problema de pesquisa .....	15
Objetivos.....	15
Metodologia.....	15
Resultados.....	18
Discussão .....	29
Considerações Finais .....	36
Referências .....	37

## Introdução

Esta pesquisa tem como tema a hospitalidade noturna<sup>1</sup> oferecida em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de tipo III e foi realizada com a finalidade de confeccionar um trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia.

Os CAPS, como outros equipamentos abertos de cuidado em saúde mental, são fruto de mudanças na lógica assistencial às pessoas em situação de sofrimento psíquico grave e/ou que fazem uso prejudicial de substâncias. Essas mudanças foram possíveis a partir da Reforma Psiquiátrica, que surgiu no cenário brasileiro como um movimento de cunho político, histórico e social cujo fundamento se situa no processo de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico e na desconstrução do modelo manicomial de assistência psiquiátrica (Gonçalves & Sena, 2001). Ao longo dos anos 80, após o período considerado como "a era da indústria da loucura" (anos 60 e 70) devido ao crescimento desenfreado do número de leitos em manicômios, instituições cada vez maiores e mais rentáveis, financiadas pela compra desses leitos pelo poder público, o movimento pelas reformas na assistência em saúde mental ganhou força e tornou-se mais potente. Em 1989, foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado o projeto de lei nº 3.657/89 conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica (Pitta, 2011) que entrou em vigor apenas em 2001, já modificado e aprovado como lei nº 10.2016, a qual estabelece diretrizes sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como reorienta o modelo de assistência em saúde mental (Ministério da Saúde, 2001). A substituição do modelo de assistência psiquiátrica fundamentado na internação a longo prazo, hipermedicalização do sujeito e práticas violentas existentes no asilo por ações que buscam garantir ao sujeito em sofrimento psíquico o cuidado humanizado e sua permanência no contexto familiar e da comunidade, conferem o que é denominado como estratégias de atenção psicossocial (Dimenstein & Silva, 2014).

Diante disso, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - estabelecida inicialmente pela Portaria 224/1992 e em seguida pela portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde (2002) - é um indicador dos avanços no cenário da assistência em saúde mental no Brasil (Dimenstein & Silva, 2014). Os Centros de Atenção Psicossocial se classificam em diferentes categorias de acordo com características comuns à cada uma, sendo elas as modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II (Ministério da Saúde, 2002) e, de maneira geral, eles oferecem serviços estratégicos em saúde mental,

---

1. Utilizaremos, neste trabalho, os termos hospitalidade noturna e acolhimento noturno como sinônimos.

propiciando acesso, integralidade e qualidade na assistência prestada, sendo uma via pública de ingresso na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Campos et. al., 2009). Mais recentemente, foram criados os CAPS de modalidade Ad III e os CAPS IV, por portarias específicas, sendo o primeiro destinado a pessoas em situação de uso prejudicial de substâncias e em funcionamento diuturno e o segundo, destinado à instalação em capitais ou municípios com mais de 500 mil habitantes, localizados próximos a cenas de uso (Ministério da Saúde, 2012, 2017).

Atualmente os CAPS fazem parte da RAPS. Instituída pela portaria nº 3.088/2011, a RAPS é uma rede estratégica de cuidados em saúde formada por pontos de atenção destinados a sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ela atua com base nos princípios de autonomia do indivíduo, liberdade, respeito, combate à estigmas e preconceitos utilizando da atenção humanizada para promover serviços comunitários que visam garantir a efetividade e integralidade do cuidado. Alguns componentes da RAPS são as Unidades Básicas de Saúde, as Equipes de Consultórios de Rua, os CAPS, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Emergência), as UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) (Ministério da Saúde, 2011), além de residências terapêuticas, os CAPS e as unidades hospitalares com leitos para internação.

Dentro do contexto da RAPS, a atenção e o manejo às situações de crise despontam como algumas das maiores dificuldades para os profissionais de saúde que nela atuam (Dimenstein & Silva, 2014). Ferigato, Campos e Ballarin (2007) afirmam que as maneiras de lidar com o que chamamos de crise sofreram alterações durante a história da humanidade e que, atualmente, essas diferentes concepções têm estreita relação com o modo com que o plano terapêutico do usuário se desenvolve, considerando a instituição na qual o usuário está inserido, sua territorialidade, seus vínculos socioafetivos e a subjetividade dos trabalhadores do serviço. Estas autoras também defendem uma visão sobre a crise que a compreende como um momento que deve ser cuidadosamente investido em seu potencial transformador e criativo, já que é algo que faz parte do viver. Para elas, este momento não deve ser visto como uma situação negativa, que deve ser controlada com a máxima rapidez, mas é algo que deve ser examinado, explorado e acolhido em todas as suas potencialidades e recursos.

Campos et. al. (2009), em um de seus estudos qualitativos com diferentes grupos vinculados a um CAPS III, tais como trabalhadores, usuários e familiares de usuários, indicam o aparecimento, nos relatos, de duas concepções antagônicas sobre a crise: (1) a que

se relaciona com a emergência de sintomas a serem contidos pela equipe e (2) outra ligada à percepção da situação como sendo de enorme fragilidade, mas também de oportunidade de reconstruções.

Neste trabalho, adotaremos a concepção de crise proposta por Dell'Acqua e Mezzina (2005), que abordam a crise em psiquiatria como um conceito particularmente difícil de ser definido, devendo-se levar em consideração, ao pensar sobre ele, o contexto histórico vigente, a complexidade das relações sociais estabelecidas pelo sujeito e os dispositivos de atenção existentes neste cenário. Segundo eles, as “situações de crise” podem ser reconhecidas quando há prevalência de pelo menos três das seguintes especificações: (a) grave sintomatologia psiquiátrica; (b) grave ruptura no plano familiar e/ou social; (c) recusa do tratamento; (d) recusa obstinada de contato; (e) incapacidade de confrontar situações de alarme em seu contexto de vida. Estes autores ressaltam ainda que:

É necessário partir da simplificação, que se apresenta como falsa especificidade do sintoma, para tentar criar as condições para que a crise exprima a sua demanda "global" que investe a vida e a possibilidade de "continuar a vivê-la", mesmo no âmbito de uma pré-determinada relação institucional. (Dell'Acqua & Mezzina, 2005, p. 164).

As múltiplas concepções sobre crise irrompidas no decorrer da história fazem emergir no interior de cada serviço de atenção à ela, diversas condutas, práticas e estratégias de cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico. Como recursos utilizados no manejo das situações de crise são apontados por trabalhadores de um CAPS: o acolhimento dos usuários, horário de serviço estendido, intervenção medicamentosa, contenção física, cuidado intensivo, reinserção e reabilitação psicossocial, assistência domiciliar, encaminhamento, internação psiquiátrica, dentre outros (Dimenstein & Silva, 2014).

No que se refere aos CAPS como serviços estratégicos em saúde mental, tem-se que estes só conseguem responder aos casos mais graves de crise se possibilitarem a atenção integral e contínua aos usuários (Nilo et.al., 2008). Nesse sentido, o serviço ambulatorial de atenção contínua, o acolhimento noturno e todas as demais disposições estabelecidas pela portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde (2002) referentes à categoria de CAPS III surgem como alternativa de atenção e manejo da crise. Os CAPS III, juntamente com os hospitais gerais, seriam dispositivos imprescindíveis na constituição da rede de atenção à crise, já que disponibilizam o serviço de acolhimento noturno aos usuários - função essencial

ao atendimento de sujeitos em sofrimento psíquico que demandam cuidado emergencial e integral em saúde mental (Dimenstein et.al., 2012).

O Ministério da Saúde (2012) define o serviço de hospitalidade noturna como sendo um dos recursos do projeto terapêutico singular de usuários que estão em acompanhamento no CAPS. Trata-se de um auxílio para o manejo de pacientes em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais, que objetiva a retomada do convívio familiar, comunitário e das relações interpessoais do sujeito após um período de afastamento que não deve exceder o máximo de 14 dias. O sofrimento psíquico também pode estar atrelado ao uso de álcool e outras drogas e a conflitos que acarretaram em ruptura familiar e/ou com a comunidade, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência.

Outras definições pouco detalhadas sobre o serviço de hospitalidade noturna e sua função também foram localizadas. Silva (2014) afirma que a hospitalidade noturna é uma modalidade que surge devido à necessidade de atendimento às demandas em saúde mental no período noturno, possibilitando a humanização, assistência individualizada e qualificada no atendimento ao usuário, e que não compactua com a lógica manicomial. Prado, Sá e Miranda (2015) definem os leitos de hospitalidade noturna como:

[...] dispositivos de acolhimento noturno integrados à rede de atenção à saúde mental [...] que devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente, sendo um componente essencial da porta de entrada da rede assistencial e um mecanismo efetivo de garantia de acessibilidade (p. 321).

Uma outra definição, dada por Moura (2015) caracteriza os leitos de hospitalidade noturna em CAPS Ad de tipo III como possibilidades de amplificação da atenção a crise do usuário de álcool e outras drogas, promovendo integralidade do cuidado e autonomia da equipe.

A qualificação da assistência, parece, então sustentar a necessidade de serviços de acolhimento noturno. Sobre a importância do serviço de hospitalidade noturna, Nilo e colaboradores (2008) afirmam:

É estranho falar de hospitalidade atrelada a um tempo ou horário, mas é, a meu ver, apenas um recurso, um modo de dizer de mais um passo na consolidação do projeto de atenção e cuidado, é mais um ponto na tessitura da rede. É Hospitalidade Noturna

porque houve um momento em que os serviços da rede só acolhiam os portadores de sofrimento mental durante o dia, oferecendo-lhes cuidados que, embora atendessem parte de suas necessidades e impactassem as interações da cidade, deixavam uma lacuna, um buraco mesmo, no tecido de cuidados; buraco, muitas vezes remendado pela internação psiquiátrica, uma vez que o sofrimento não se orienta pelo relógio. Era evidente a necessidade de avanço, claro estava que a inversão de uma lógica de cuidados não se restringe aos cuidados, apenas sob a luz do dia (p.131).

A partir disso, a hospitalidade noturna dos usuários seria, para estes autores:

[...] uma forma de lidar e possibilitar saídas para um sujeito em ruptura com seu laço social, um sujeito que se tornou estrangeiro em sua própria casa, que irrompeu de falar outra língua, que não tem documento ou visto e, em muitas situações, não porta nem um nome próprio (Nilo et.al., 2008, p.118).

No que se refere ao CAPS III enquanto modalidade de serviço e assistência em saúde mental, é possível identificar uma escassa produção científica a respeito de sua função estratégica de hospitalidade noturna, fato que pode ser compreendido como uma reverberação pela sua baixa implantação no país (Vainer, 2016). Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2017 estavam em funcionamento no Brasil 100 CAPS III e 106 CAPS ad III (Ministério da Saúde, 2017), num total de 2.462 CAPS. O mesmo documento destaca que o número de CAPS com pelo menos 12 registros de atendimento à crise no ano de 2016 foi de 561, o que correspondia a cerca de 23% do total de CAPS no país.

Campos et al. (2009) também ressaltam que a falta de CAPS III abre lacunas para a fragmentação dia/noite do serviço, movimento comum nos hospitais psiquiátricos, e que a existência dos leitos de hospitalidade noturna é fator diferencial na assistência, pois permite que os usuários estejam com a mesma equipe integralmente nos momentos de crise. A partir disso, Okazaki et. al (2010, p.23 citado por Vainer, 2016, p. 23) consideram que a implantação do acolhimento noturno nos serviços de assistência em saúde mental "representa mais um recurso no arsenal terapêutico para o tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental grave e persistente, por permitir a continuidade do cuidado".

Em outro estudo, realizado por Gonzaga e Nakamura (2015), é colocado em pauta um dos grandes problemas enfrentados pela equipe multiprofissional dos CAPS III: o encaminhamento equivocado de usuários ao serviço. As autoras ressaltam, a partir da fala de

profissionais entrevistados, que algumas causas de tais encaminhamentos seriam o desconhecimento do que é o CAPS III por parte dos profissionais que encaminham; a falta de escuta destes profissionais que, muitas vezes, realizam os encaminhamentos sem saberem as causas da queixa; e a pressa dos mesmos em "se livrarem" dos usuários, direcionando-os rapidamente para outros serviços. O mau direcionamento desses encaminhamentos seria responsável por gerar sobrecarga ao serviço, dificultando a ação dos profissionais em lidar com os casos graves e urgentes - demandas consideradas prioridades do serviço - e se distancia da idéia de "encaminhamento implicado", ou seja, da parceria entre diferentes equipamentos no cuidado, pela compreensão de que o usuário é cuidado pela rede e não apenas responsabilidade de um dos serviços ou pontos de atenção dessa rede.

A partir dessas considerações, podemos afirmar que a relevância social e científica deste trabalho reside na importância em se compreender melhor o funcionamento da hospitalidade noturna dos CAPS III na Rede de Atenção Psicossocial, já que são poucas as pesquisas que investigam esse aspecto do serviço, com especial destaque para os critérios utilizados para inserção e alta de usuários em acolhimento noturno. Além disso, sabendo que poucos são os CAPS III no território brasileiro, realizar uma pesquisa de campo em um município que dispõe desse serviço é bastante significativo para que se possa investigar e compreender mais de perto o seu modo de funcionamento. O informativo "Saúde Mental em dados", publicado pelo Ministério da Saúde (2015), afirma que em dezembro de 2014 estavam cadastrados apenas 85 CAPS III em todo o território brasileiro e 69 CAPS Ad III, dos quais 12 CAPS III e 10 CAPS Ad III localizavam-se no Estado de Minas Gerais. Conhecer e compreender as características e cuidado ofertado por esses serviços pode auxiliar no entendimento sobre o modo como a atenção à crise vem sendo conduzido, as estratégias e intervenções utilizadas em seu manejo, visando a diminuição das internações psiquiátricas e priorizando o cuidado humanizado, comunitário e territorializado. Desta maneira, buscamos contribuir com pesquisas que sinalizem as estratégias utilizadas no campo da rede de atenção psicossocial as quais são continuamente criadas e recriadas pelos trabalhadores que atuam junto a essa clientela.

## **Desenvolvimento**

### **Problema de pesquisa**

Face às considerações aqui colocadas na parte introdutória deste texto, foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: de que modo a equipe de um CAPS III percebe o acolhimento noturno no cuidado aos usuários? A partir deste problema, foram elaborados os objetivos desta pesquisa e o desenho metodológico, apresentados a seguir.

### **Objetivos**

O *objetivo geral* do presente trabalho consistiu em investigar o modo de funcionamento da hospitalidade noturna de um CAPS III do estado de Minas Gerais segundo a ótica de sua equipe. Como *objetivos específicos* buscou-se:

- (1) compreender quais são os critérios estabelecidos para o encaminhamento de usuários à hospitalidade noturna neste CAPS;
- (2) as principais contribuições deste tipo de recurso para o cuidado aos usuários.

### **Metodologia**

#### **Tipo de estudo e abordagem**

No presente estudo foi utilizada a abordagem qualitativa em pesquisa, caracterizada pelo interesse do pesquisador em apreender o significado de fenômenos, vivências, eventos, ideias e o que estes representam para o indivíduo. No campo da saúde, particularmente, compreender tais significações torna-se fundamental para o fortalecimento das relações entre profissional, paciente, família e instituição (Turato, 2005).

#### **Participantes e local do estudo**

Os participantes do estudo foram profissionais da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial de tipo III do Estado de Minas Gerais. Para a definição da quantidade de entrevistas realizadas foi utilizado o fechamento amostral por saturação teórica. Essa ferramenta consiste na suspensão da inclusão de novos participantes na amostra quando as

informações obtidas passam a apresentar certos níveis de repetição, ou seja, quando os novos dados pouco acrescentam ao que já foi obtido, deixando de contribuir de maneira significativa para a reflexão teórica a que se propõe o estudo (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Ainda que não se determine o número de entrevistas antes da fase de coleta de dados, Duarte (2004), em sua experiência, aponta que raramente se atinge o número de 20 entrevistas.

Foram convidados profissionais que atuam tanto no período noturno – em que a hospitalidade efetivamente acontece – quanto da equipe que realiza seu turno de trabalho ao longo do dia, por entendermos que ambos estão envolvidos no processo de cuidado. À princípio, tanto profissionais de nível superior quanto de nível médio poderiam participar do estudo, entretanto, apenas profissionais de nível superior participaram. Os critérios de inclusão foram: atuar no CAPS há pelo menos três meses no momento da coleta e ter disponibilidade para ceder entrevista gravada em áudio. Já os critérios de exclusão foram: estar em período de férias ou licença no momento da coleta.

### **Instrumento**

Como instrumento de coleta de dados foi adotado um roteiro de entrevista individual e semiestruturado. Segundo Duarte (2004), esse tipo de instrumento é imprescindível quando pretende-se mapear valores, crenças e práticas de determinados universos sociais, permitindo ao pesquisador mergulhar em profundidade na realidade dos sujeitos e no modo como cada um deles percebe e significa tal realidade. Além disso, o uso da entrevista semiestruturada permite discursos que podem voltar-se mais para o formal ou informal, que sejam mais ou menos livres, o importante é que atendam aos objetivos da pesquisa e que sejam significativos para o contexto estudado. O roteiro englobou, inicialmente, a caracterização geral do entrevistado (idade, profissão, se possui companheiro, tempo de atuação na rede SUS e no CAPS, entre outros) e questões norteadoras sobre a temática em estudo (se a proposta de acolhimento noturno era conhecida dos profissionais antes de seu ingresso no CAPS; a finalidade do acolhimento noturno; os critérios para inserção e alta no acolhimento noturno; vantagens do acolhimento noturno).

### **Procedimentos de coleta de dados e aspectos éticos**

Após a aprovação do projeto pela Secretaria de Saúde do município, o mesmo foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFU para análise (Parecer 2.459.494). Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, as

pesquisadoras aguardaram a emissão de autorização para contato com a unidade de saúde pela Secretaria Municipal de Saúde. O contato inicial com a unidade foi feito mediante reunião com a gestora de equipe, em que foi explicada a realização da pesquisa, sanadas possíveis dúvidas e organizada a entrada das pesquisadoras em campo para a coleta de dados. Em um segundo momento, a gestora comunicou aos profissionais da unidade sobre a realização da pesquisa e as entrevistas foram agendadas pelas pesquisadoras com aqueles que demonstraram interesse e disponibilidade em participar.

As entrevistas foram realizadas na própria instituição, individualmente, em dia e horário previamente agendados com os entrevistados, nos turnos em que o atendimento aos usuários não seria prejudicado – a maioria ao final do turno de trabalho. Aos profissionais que aceitaram participar do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para ciência e assinatura imediatamente antes do início da entrevista. Todas as possíveis dúvidas dos participantes acerca da pesquisa foram esclarecidas e as informações contidas nas entrevistas mantidas em sigilo, assim como a identidade de cada um. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de um gravador digital e deletadas imediatamente após sua transcrição. A cada entrevista foi atribuído um número, também como forma de preservar a identidade do participante. Por exemplo, à primeira entrevista foi atribuída a sigla E1, à segunda E2 e assim por diante. Para auxiliar a preservar a identidade dos entrevistados, não serão divulgados as especialidades de cada profissional.

No geral, a equipe da instituição se mostrou prontificada a contribuir com a pesquisa, sendo o contato com os profissionais, o agendamento de entrevistas e a entrada no serviço livre de quaisquer complicações.

### **Procedimentos de análise de dados**

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e para analisar os dados da pesquisa foram seguidos os passos sugeridos por Bardin (1977) para análise temática de conteúdo. Deste modo, após a transcrição literal das entrevistas foi efetuada a leitura na íntegra de cada entrevista. Em seguida, cada entrevista foi lida mais uma vez, dando-se início à anotação de palavras-chave ou temas abordados pelo entrevistado. Na sequência, as entrevistas e os temas foram lidos por uma segunda pesquisadora e teve início o processo de aglutinação de temas em blocos maiores, num processo de leitura, releitura e agrupamento que envolveu as duas pesquisadoras, até o estabelecimento das categorias aqui apresentadas na etapa de Resultados.

## Resultados

### Caracterização de participantes

A tabela 1 apresenta os dados de caracterização geral dos nove entrevistados, sendo sete mulheres e dois homens, com idades entre 25 e 41 anos. Com relação ao nível de escolaridade, todos são graduados, sendo que 5 completaram uma pós-graduação. O tempo mínimo e máximo de atuação na área da saúde dos entrevistados é de, respectivamente, 1 ano e 3 meses e 16 anos.

Entrevistado	Idade	Gênero	Nível de escolaridade	Tempo de atuação na área da saúde
1	25	feminino	Pós graduação (mestrado)	1 ano e 4 meses
2	27	feminino	Pós graduação (especialização)	3 anos
3	33	masculino	Pós graduação (especialização)	11 anos
4	27	masculino	Superior	3 anos
5	27	feminino	Superior	2 anos
6	38	feminino	Superior	1 ano e 3 meses
7	30	feminino	Pós graduação (especialização)	6 anos
8	34	feminino	Pós graduação (mestrado) em andamento	4 anos e 7 meses
9	41	feminino	Pós graduação (especialização)	16 anos

Tabela 1: Dados de caracterização geral dos entrevistados (idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de atuação na área da saúde).

### Análise de entrevistas

A análise das entrevistas permitiu o agrupamento das mesmas em categorias ou eixos temáticos, os quais foram formados por subcategorias, tal qual descrito no Quadro 1:

<b>Categorias de análise</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>1 - Critérios de inserção de usuários em acolhimento noturno</b>	1.1 Aspectos da crise: crise do sujeito e crise social 1.2 Proteção à vida: tentativas de autoextermínio e tráfico de drogas
<b>2- Critérios de alta de usuários em acolhimento noturno</b>	2.1 Alta a pedido 2.2 Estabilização da crise 2.3 Reestabelecimento do suporte familiar 2.4 Necessidade de encaminhamento para outros serviços
<b>3 – O acolhimento noturno não é igual a uma internação</b>	3.1 O usuário deve concordar com o acolhimento noturno 3.2 Relação do acolhimento noturno no CAPS III e outros serviços 3.3 Hospitalidade preventiva

Quadro 1 – Síntese das categorias e subcategoria de análise

## **Categoria 1 - Critérios de inserção de usuários em acolhimento noturno**

### **1.1 Aspectos da Crise: crise do sujeito e crise social**

A crise dos usuários surge como fator relevante para a utilização do serviço de hospitalidade noturna, crise esta que assume duas definições particulares a partir da compreensão dos profissionais entrevistados.

#### **A Crise do sujeito**

Em sua primeira definição, a crise aparece como sendo uma manifestação particular do sujeito, ligada à sua condição individual e a uma concepção psicopatológica de si, relacionada a sintomas e sinais que são visíveis e presentes no comportamento e no modo de ser deste indivíduo. Esta crise, por sua vez, estaria desimplicada do âmbito relacional e social do sujeito, caracterizando-se por uma crise típica dos manuais psiquiátricos em que há a presença de uma sintomatologia individualizada que caracterizaria o quadro de crise. Essa compreensão pode ser identificada nos trechos: “[...] o critério geral de crise que está ligado

*a uma exacerbação do sintoma, a uma desorganização psíquica e emocional” (E1); “[...] a pessoa tem uma intensificação dos sintomas que ela não consegue dar conta sozinha” (E2); “[...] quando o paciente está muito agitado, muito acelerado, queixando muito da família, ameaçando a família...” (E5); “Um paciente em crise é aquele que está apresentando sintomas, ouvindo vozes, vendo coisas que as outras pessoas não conseguem ver, está mais irritado, agressivo...” (E6).*

A intensificação dos sintomas da crise aparece como aspecto indicativo para a inserção em hospitalidade noturna, como nos trechos:

*“[...] a crise aguda, ela é aquele estado onde o paciente entra [...] em uma desorganização, e que precisa de uma ajuda, de uma escuta, ou se possível um encaminhamento pra um lugar para [...] ter uma observação mais efetiva, mais intensiva” (E3); “uma crise que a gente avalia que, com a medicação normal, ele [usuário] não vai conseguir sair [...] quando está mais aguda, então isso aí já são critérios para entrar na hospitalidade” (E9).*

### **A Crise Social**

Na segunda definição, a crise aparece não mais como a manifestação singular de uma psicopatologia do sujeito, desconectada de suas relações, mas como um momento de emergência de conflitos relacionados a aspectos sociais e relacionais de sua vida. Nesse sentido, alguns dos entrevistados definem esse tipo de crise como uma “crise social”:

*“Tem um tipo de crise que a gente fala também que pode ser uma crise social, que não está bem em casa, com os familiares, com quem a pessoa convive né? E precisa de [...] um tempo [...] fora de casa [...] mas que depois, logo vai voltar” (E7).*

Cabe ressaltar, ainda, que o papel e a atuação da família no cuidado ao usuário em crise adquire importância fundamental, pois aparecem associados a todos os critérios de inserção em hospitalidade noturna identificados pelos profissionais do serviço. Um aspecto relevante da chamada crise social é a *relação usuário-família*, caracterizada por *baixo suporte familiar ao usuário e conflitos intrafamiliares*.

Segundo os profissionais entrevistados, o baixo suporte familiar é compreendido como condição relevante para a inserção do usuário em hospitalidade noturna. O baixo suporte

familiar seria caracterizado pelos casos em que a família não consegue oferecer o cuidado ao sujeito que está em crise dentro da própria residência, seja pela gravidade da sintomatologia da crise ou pela dificuldade de manejo da família com o usuário, sendo necessário auxílio com suporte especializado. Nesse caso, os profissionais afirmam que a hospitalidade oferece o suporte necessário para o manejo do paciente e, para além disso, evita internações no hospital psiquiátrico.

*“Acaba que a gente vê que fica em hospitalidade muito aqueles casos em que a família não está conseguindo ficar com o paciente em casa [...] porque ele está agressivo ou porque ele está muito deprimido [...], então a família já não tá conseguindo lidar com aquela situação em casa. [...] Então a gente sempre tenta a hospitalidade quando ele não tá conseguindo ficar com a família como tentativa de evitar que ele fique numa internação mesmo... Então é aquele momento que [...] a crise tá muito intensa, então a gente tenta manejar ela aqui.” (E8)*

Há também os casos em que muitos conflitos intrafamiliares estão presentes no ambiente residencial, tornando-se bastante estressor a permanência do sujeito nesse local. A hospitalidade surgiria como amparo ao sujeito em crise e à sua família neste período de conflitos, oferecendo cuidado especializado a ele e suporte à família para reestruturação do vínculo familiar, sendo possível retomar o manejo do mesmo na própria residência. Nesse sentido, um dos entrevistados afirma: *“Em outros casos [...] em casa é um foco muito grande de conflito, a família não consegue... Então estar aqui no CAPS, né? A gente consegue retirar ela do ambiente estressor por [...] alguns momentos e oferecer o cuidado que ela precisa.” (E1)*

Nos casos em que a família tem dificuldades para receber o usuário de volta para casa devido ao rompimento do vínculo sujeito-família, um dos profissionais afirma que:

*“Tem paciente nosso, por exemplo, que [...] a família não aceita receber ele de volta sob hipótese alguma [...]. Não é que ela está em crise, mas ela está em uma crise social se for pensar, porque a família não quer receber. Para onde que ela vai?” (E8)*

Desta maneira, nos contextos em que há intensivos conflitos entre usuário e família, a emergência da situação de vulnerabilidade social do sujeito decorrente do rompimento de vínculos com a família é bastante comum:

*“Por exemplo, uma pessoa que a família não aceita em casa por “n” questões e não tem dispositivos que aceitem a pessoa como ela está, por exemplo, albergues, né? [...] Não tem para onde ir... e às vezes ela aparece aqui com essa demanda. Embora não seja critério para hospitalidade a pessoa ser inserida com essa demanda, às vezes acontece de aparecer e ser necessário inserir, né? São exceções.” (E2)*

*“A questão social aqui pega muito, porque às vezes o paciente não tem nenhum suporte familiar lá fora, não tem nada que consiga ajudar [...] e às vezes também não tem outros setores a quem recorrer, e aí somos nós mesmos. O município cobra isso da gente né? [...] Tem os casos também dos pacientes moradores de rua que são trazidos, que não tem ninguém, a gente não consegue localizar ninguém da família e ficam aqui muito tempo.” (E9)*

Outro fator também compreendido pelos profissionais do serviço como aspecto relevante para inserção em hospitalidade noturna, diretamente relacionado ao binômio usuário-família, é o uso incorreto de medicamentos pelo usuário e a necessidade de efetuar o reajuste desta medicação no CAPS. O uso irregular estaria bastante associado ao papel da família no cuidado e suporte ao usuário em crise, pois a partir da fala de alguns entrevistados, entende-se que a administração medicamentosa deveria ter o acompanhamento ou suporte de algum familiar, o que nem sempre ocorre:

*“A gente usa muito hospitalidade para ajuste de medicação e fazer o acompanhamento medicamentoso regular, porque às vezes o paciente não toma direito em casa, fala que toma e a gente percebe que não está tomando, a família não dá, não cuida adequadamente. E aí a gente insere pra ver como que ele vai ficar fazendo o tratamento medicamentoso adequado aqui dentro.” (E2)*

*“Geralmente pacientes que não tem um suporte muito bom familiar [...] para estar ajudando a administrar esses medicamentos em casa, o paciente acaba ciclando, né? [...] cicla e vem a entrar em crise novamente [...] A gente propõem a hospitalidade exatamente para gente ver se a medicação simplesmente não está... [...] ele não está tomando, ou se tiver que fazer um reajuste medicamentoso.” (E3)*

## 1.2 Proteção à vida

A segunda subcategoria identificada como critério para inserção de usuários na hospitalidade noturna é a promoção de um ambiente protegido para aqueles que se encontram em situação de risco. De acordo com os profissionais do serviço, a situação de risco pode aparecer de duas formas: o usuário que coloca a própria vida em risco e o que se encontra ameaçado no território em função do envolvimento com o tráfico de drogas.

### **O risco de tirar a própria vida: tentativas de autoextermínio e ideação suicida**

Segundo os entrevistados, usuários que possuem ideias suicidas persistentes ou que já tentaram o autoextermínio tem indicação para hospitalidade noturna. O serviço de hospitalidade e a atenção integral oferecida pela equipe dentro do CAPS serviria como suporte em local protegido ao usuário, evitando que ele se colocasse novamente na situação de risco:

*“Tem casos também que são pacientes de tentativa de autoextermínio [...] pacientes que mantém a ideação, que querem morrer [...], então a gente mantém aqui para ter um ambiente que tem alguém que esteja sempre olhando ela. É um ambiente que a gente fala de protegido, mas também é um ambiente vigiado, que tá sempre alguém pra que, até o tratamento surtir algum efeito, a pessoa não venha a fazer uma nova tentativa.” (E8)*

*“Esse paciente vai ser observado o tempo inteiro, longe de objetos perfurocortantes, longe de situações de risco como cordas ou tentativa de intoxicação com excesso de medicamentos [...]. Esse serviço a gente faz justamente para não deixar esse paciente [...] provocar essas situações...” (E3)*

### **O risco no território: tráfico de drogas em questão**

De acordo com a equipe, muitos usuários do serviço encontram-se em situação de vulnerabilidade e risco no território. Essa condição se daria em virtude, principalmente, de dívidas decorrentes da compra de substâncias psicoativas para uso e consequente sustentação de um quadro de dependência química. Os profissionais do CAPS afirmam que a hospitalidade noturna ofereceria proteção à vida também nos casos em que estes usuários se encontram ameaçados e correndo risco de vida em função do envolvimento com o tráfico de drogas no território:

*“Algumas pessoas contraem dívidas com traficantes por conta do uso e elas ficam ameaçadas. Ela fica ameaçada, a família fica ameaçada, então ela está num ambiente vulnerável, e aí a gente pensa na hospitalidade pra ela pelo menos enquanto ela se organiza e a família se organiza.” (E1)*

*“Muitos pacientes [...] principalmente pacientes usuários de substâncias psicoativas, eles tendem a ter conflitos no território justamente pela questão da falta do dinheiro, não conseguir manter o vício [...] alguns problemas com a polícia local do bairro, então a gente tenta proporcionar [...] esse ambiente protegido para os pacientes.” (E3)*

*“Então um paciente nosso que talvez é usuário de drogas, e ele comprou a droga e não pagou e tá sendo ameaçado [...] E também se não estiver bem, não é só a questão da ameaça, mas ele não está bem psicologicamente e também tá correndo risco no território, é uma outra opção também pra gente oferecer a hospitalidade...” (E6)*

## **Categoria 2 - Critérios de alta de usuários em acolhimento noturno**

### **2.1. Alta a pedido**

A alta da hospitalidade noturna a pedido do usuário ou de um familiar é bastante comum no CAPS, segundo os entrevistados. Esse tipo de alta caracteriza-se por ser solicitada pelo próprio usuário ou familiar, e não ser indicada por parte da equipe do serviço que acompanha o usuário. Sendo assim, de acordo com os entrevistados, a solicitação de alta pode ocorrer quando: (1) o próprio usuário identifica melhora e estabilização da crise; (2) o usuário em conjunto com a família identificam melhora e estabilização da crise; (3) usuário se recusa a continuar em acolhimento noturno e (4) a família não aceita que o usuário continue em acolhimento noturno. É ressaltado ainda que, quando a equipe avalia que o usuário não está apto a receber alta mas ela, ainda sim, é solicitada por ele ou pela família a realizar a alta, faz-se necessária a assinatura de um termo de responsabilidade pelo familiar ou pelo próprio usuário para o encerramento do período de hospitalidade noturna:

*“É muito comum o próprio paciente colocar esse fim pra gente, muitas vezes quando a gente já conhece os pacientes [...] a gente já sabe aquele paciente que quando ele*

*tiver bem, ele mesmo já vai pedir para sair.” (E7); “Se a equipe não concorda que ele esteja bem com alta, a gente solicita que um parente, ou ele, dependendo, assine um termo de responsabilidade. Na maioria dos casos, a gente pede pra um familiar assinar...” (E6).*

Exemplifica, ainda, este aspecto a fala:

*“Tem outra forma da pessoa [...] encerrar a hospitalidade aqui, que não é quando a equipe decide, é quando a pessoa decide [...]. Hospitalidade não é uma internação, então a pessoa tem autonomia, liberdade pra dizer ‘Ó, não quero mais, eu quero voltar pra casa’ [...] e quando o familiar insiste [...] ‘Não quero que meu pai/meu filho/meu esposo fique aqui mais, eu quero levar ele pra casa, vou levar ele pra outro lugar’, então a gente faz a alta dele.” (E1)*

## **2.2. Estabilização da crise**

A estabilização da sintomatologia da crise é outro critério relevante identificado pela equipe para dar alta aos usuários que utilizam do serviço de hospitalidade noturna do CAPS III em questão. Essa estabilização aparece como atenuação de uma série de sintomas do sujeito identificados como psicopatológicos, e que o levaram a ser inserido em acolhimento noturno, como a organização do fluxo de pensamentos, a coerência do discurso e a regularização do sono, como nas falas: *“Se o paciente dormiu ou não bem, se tem um sono regular, a questão da organização, tanto de fluxo de pensamentos quanto verbalizar...” (E3); “A gente observa se aqueles critérios que a gente utilizou para inserir [...] [ou seja] o que estava gerando conflitos, a crise... ou seja o que for, se teve já melhoras. A gente vai observando se o paciente já está mais organizado...” (E7).*

A seguinte fala também ilustra este aspecto:

*“Quando a gente percebe mesmo que ele está melhor, que ele diminuiu a intensidade dos sintomas, está conseguindo falar de si próprio, está com o discurso mais coerente, né? E a gente percebe uma redução dos sintomas no geral [...] independente do transtorno. Então aí já é quando a gente determina a alta.” (E5)*

## **2.3. Reestabelecimento do suporte familiar**

O reestabelecimento do suporte familiar é outro fator relevante para a articulação da alta do usuário em acolhimento noturno. Segundo os profissionais da equipe, é imprescindível que a família esteja apta a receber o usuário de volta no ambiente familiar para que a alta seja efetuada, sendo assim capaz de oferecer o cuidado e suporte necessários a este sujeito que está retornando ao seio familiar.

*“[...] a gente dá alta quando a família já se sente mais segura pra essa pessoa voltar pra casa, vai ter alguém com ela mais tempo por essa questão das ameaças que podem ter [...]. A gente sempre faz esse combinado com a família [...]. A gente sempre dá alta pra quando a família pode estar com a pessoa.” (E1)*

*“[...] quando dá pra articular com a família ou com alguém que possa acolher essa pessoa no seio familiar, onde dá a proteção que ela precisa, de uma forma que ela precisa. Ai se há essa possibilidade eu acho que tem chance do cliente sair da unidade.” (E4)*

#### **2.4. Necessidade de encaminhamento para outros serviços**

O CAPS III atua como serviço de atenção em saúde mental, e neste sentido, algumas demandas chegam até o serviço e não podem ser solucionadas ou atendidas por ele por se tratarem de solicitações que não estão ao alcance de suas competências e atribuições. Nesses casos, faz-se necessário o encaminhamento do usuário para outros serviços de atendimento da rede que possam supri-lo em suas necessidades. Esses casos são: (1) usuários com complicações clínicas que demandam suporte hospitalar; (2) usuários cuja família não foi localizada e necessitam de cuidado, atenção e moradia para o tratamento em saúde mental; (3) usuários com comportamento agressivo cuja medicação oferecida no CAPS é insuficiente para possibilitar o manejo da equipe.

É possível que usuários em crise desenvolvam questões clínicas que demandem suporte médico especializado que o CAPS não oferece. Sendo assim, esses pacientes são encaminhados ao serviço hospitalar para que suas complicações clínicas sejam tratadas.

*“Quando o paciente [...] passa a ter questões clínicas, por exemplo, não come nada, não toma nem água... A gente já teve um paciente aqui bem grave nesse sentido, e nenhum remédio [...] nem tomar água não tomava, e aí vai começando a ter um desequilíbrio clínico também, e aqui a gente não tem nem condição de dar um soro para o paciente. Então quando isso vai se intensificando, a gente avalia a*

*necessidade de uma internação, então aí encerra aqui, mas vai pra um outro nível [...] de acompanhamento.” (E7)*

Nos casos em que a família do usuário não é localizada para que ele possa retornar à residência e ter auxílio no tratamento, um dos profissionais afirma outra possibilidade de encaminhamento: “[...] se for questão social, se é caso às vezes de ir para leito transitório na [nome de uma clínica]” (E5).

A equipe afirma que o terceiro fator que acarreta em necessidade de encaminhamento para outros serviços é o alto nível de agressividade do usuário em crise e a impossibilidade de aumento da dosagem de medicação no CAPS, por se tratar de um serviço que não possui aparato hospitalar para lidar com questões clínicas graves decorrentes do uso de grande quantidade de medicamentos.

*“[...] quando o manejo da equipe não é suficiente pra dar conta do paciente aqui, em termos de agressividade, ou em termos de resposta ao tratamento, por exemplo, está já há muito tempo e não melhora... [...] quando já tem uma dosagem de medicação que não dá mais pra aumentar no CAPS e necessita de ter suporte hospitalar porque o paciente corre o risco de ter uma parada, um rebaixamento de nível de consciência... Então precisa estar em acompanhamento mais intensivo, isso às vezes acontece.” (E7)*

### **Categoria 3 - O acolhimento noturno não é igual a uma internação**

#### **3.1 O usuário deve concordar com o acolhimento noturno**

O primeiro ponto que chama atenção sobre o acolhimento noturno em sua diferenciação frente à internação é a necessidade de que o usuário aceite/concorde com sua inserção neste procedimento “[...] o paciente precisa aceitar ficar aqui, porque se ele não aceitar a gente não obriga, não é igual a uma internação...” (E7). Pelo relato, percebe-se que o acolhimento noturno sempre precisa da concordância do usuário, ao contrário da hospitalização que pode ou não ter anuência do paciente.

Além disso, observa-se necessidade de acolhimento noturno quando o usuário não adere ao Projeto Terapêutico Singular proposto no CAPS e cria-se uma oportunidade de estabelecer vínculo:

*“[...] paciente que não está frequente no CAPS, que não adere, é um critério [de inserção em acolhimento noturno]... e isso ajuda depois a formar vínculo. [...] Por vários motivos não vem ao CAPS: família não traz ou não consegue vir sozinho e não tem quem traga, ou não quer vir, ou se nega a sair de casa para vir [...] Aí a gente faz uma busca [...] em casa, a gente vai de ambulância lá, conversa e tal, e aí a gente traz essa pessoa [...] ou a família conseguiu trazer [...] aí a gente propõe para o paciente “Vamos ficar uns dias, que aí você fica, a gente vai se conhecendo melhor”. Depois disso a gente percebe que tem um bom resultado. O paciente passa a vir, passa a frequentar a maioria das vezes” (E7).*

### **3.2 Relação do acolhimento noturno no CAPS III e outros serviços psiquiátricos**

Na Relação do acolhimento noturno no CAPS III e outros serviços aparece a necessidade de acolhimento noturno para egressos de internação psiquiátrica em hospital geral ou de cuidados que antecedem seu encaminhamento a um serviço de urgência psiquiátrica. O acolhimento noturno aparece como uma transição entre o leito de internação em hospital geral e a residência do usuário ou como uma ferramenta capaz de cuidar do usuário cuja gravidade não é extrema a ponto de justificar sua avaliação em serviço de urgência:

*“[...] quando o paciente sai da [internação em hospital geral] ou da [unidade de urgência], ficou lá [na urgência] por algumas horas e a equipe acha que ele não está apto para um serviço de urgência como [o do município], mas que ele precisa de alguns cuidados. Então sempre que o paciente sai da [unidade de urgência] ele vem para o CAPS. A gente faz acolhimento e se a gente conhece o paciente já sabe se ele está em crise ou não. Se a gente não conhece, pelo acolhimento a gente também percebe se ele está bem ou não e oferece a hospitalidade, dependendo da gravidade.” (E6)*

Outro entrevistado esclarece: *“[...] a gente não tem suporte de hospital no CAPS, então é um manejo mesmo psicossocial. Então isso é uma condição importante” (E7).* A necessidade de oferecer suporte clínico é determinante para que exista ou não a inclusão em acolhimento noturno:

*“[...] A gente precisa excluir causas orgânicas clínicas [...] para poder entrar em hospitalidade. [...] Porque se tiver esse tipo de quadro a gente não dá suporte. A gente*

*precisa encaminhar esse paciente para um pronto atendimento para estabilizar o quadro clínico para depois, se continuar a demanda de hospitalidade, a gente inserir aqui.” (E7).*

### **3.3 Hospitalidade preventiva**

Por fim, aparece uma noção de “hospitalidade preventiva” para casos como aqueles em que a pessoa ainda não esteja em crise, mas há mudanças de comportamento que indiquem que uma crise pode, em breve ocorrer; para casos em que há a necessidade de observar o usuário mais proximamente para fins de esclarecer um diagnóstico e também em casos nos quais a família solicita internação, mas a equipe não avalia esta necessidade:

*“Tem alguns casos em que a gente insere na hospitalidade de uma forma mais preventiva. A pessoa não está em crise, ela ainda (ênfase) não está em crise, mas a gente acha que está tendo uma mudança de comportamento que pode evoluir para uma crise ou porque um evento estressor na vida dela, teve alguma mudança muito grande, ou porque ela fez uso de substância e está desorganizada naquela hora, ou porque deixou de tomar a medicação ou está tomando errado [...] Ai a gente insere na hospitalidade para controlar isso, regular e evitar que a crise apareça e se agrave.” (E1)*

*“É uma forma de entender um quadro... às vezes de fechar um diagnóstico que a equipe está com dúvida, que é nomeado pela família como crise [...]. De alguns quadros que a gente suspeita que pode a ter uma crise e insere de forma preventiva também.” (E2)*

*“[A família] não está pensando em hospitalidade, ela quer internação. Então a gente oferece a hospitalidade às vezes até para evitar que... uma internação.” (E8)*

## **Discussão**

Um primeiro ponto que merece destaque envolve a compreensão sobre a crise. O significado atribuído à crise pelos profissionais do serviço como sendo a manifestação de sintomas psicopatológicos particulares do sujeito, dentre eles delírios, desorganização

psíquica e agitação psicomotora, traz à tona uma concepção sobre a crise bastante reduzida e limitada, indo ao encontro da definição de crise nomeada por Campos et. al. (2009) como uma “agudização da sintomatologia psiquiátrica”. Nesse sentido, as autoras chamam a atenção para um esquecimento dos profissionais da potência intrínseca ao momento da crise, que oferece a oportunidade de transformação e reconstrução de significados e vivências pelo sujeito, sendo encarada como condição de sofrimento, angústia e estranheza, compreendida ainda como algo destrutivo e que deve ser estabilizado.

Essa leitura simplificada sobre o momento de crise, além de desconsiderar a potencialidade para a transformação do sujeito, também desconsidera vários outros aspectos compreendidos por Dell’Acqua e Mezzina (2005) como importantes ao se pensar na concepção de crise, como a complexidade das relações sociais estabelecidas pelo sujeito e o contexto histórico vigente. Logo, apesar da mudança na lógica assistencial em saúde mental em função da Reforma Psiquiátrica, identificamos como ainda muito presente o raciocínio psiquiátrico no discurso dos profissionais acerca de suas concepções sobre a crise, seja para a inserção dos usuários em hospitalidade ou para a alta, já que os profissionais enfatizam que a estabilização de sintomas - como sono irregular, incoerência de discurso e desorganização do fluxo de pensamentos - são levados em conta também para determinar alta ao usuário.

Também alinhada à compreensão de crise do sujeito encontra-se a compreensão dos profissionais entrevistados sobre a necessidade de inserção de usuários em acolhimento noturno como “prevenção”. Essa construção nos remete ao conceito de pródromo, explicado por McGorry e Edwards (2002 citado por Carvalho & Costa, 2008): antes da eclosão de uma crise psicótica seria possível observar mudanças no comportamento da pessoa como isolamento social, menor higiene corporal, falta de iniciativa, alterações no discurso e no afeto. Segundo os autores, reconhecer tais mudanças - pródromos - poderia auxiliar a pessoa em sofrimento psíquico na medida em que se podem organizar mudanças em seu tratamento, adequando-o às necessidades do momento. O reconhecimento de pródromos pela equipe sinaliza profissionais atentos e próximos do usuário. Questionamos aqui apenas a necessidade de isolamento do sujeito por meio do acolhimento noturno, em detrimento de outras mudanças possíveis em seu plano terapêutico singular a partir da identificação dos pródromos.

Outro aspecto relevante é a compreensão de crise a partir da ótica social. Para alguns profissionais, a dinâmica social e familiar do sujeito é tão significativa que acaba se tornando

o foco do momento de crise, seja pela baixa assistência da família ao sujeito ou por conflitos entre usuário e familiares. Nesse sentido, a família ora aparece como co-responsável no tratamento do usuário juntamente ao CAPS, servindo a hospitalidade noturna como auxílio à família no manejo da situação de crise do sujeito, ora como culpabilizada pelo ambiente estressor que proporciona e pela negligência ao cuidado do usuário. No estudo de Pinho, Hernández e Kantorski (2010) é identificado que, apesar da família ser lembrada como parceira no tratamento do sujeito pelos profissionais de um serviço de saúde mental, ela também é culpabilizada e responsabilizada pelos problemas durante o tratamento - como o afastamento dos serviços - pois os profissionais se justificam afirmando que “fizeram o que podiam” no que diz respeito ao seu papel dentro do serviço. Os autores enfatizam a importância da relação de parceria entre família e serviço de saúde mental, sendo ambos copartícipes no tratamento do sujeito e ressaltam ainda que os trabalhadores devem encarar a família como aliada no processo, valorizando sua subjetividade e protagonismo, já que no contexto da reforma psiquiátrica ela pode ser compreendida como elemento indispensável na recuperação do sujeito em sofrimento mental (Lobosque, 2007 citado por Pinho, Hernández & Kantorski, 2010).

Ainda, a hospitalidade noturna funcionaria como alternativa às situações de vulnerabilidade social do sujeito em decorrência dos conflitos familiares existentes ou nos casos em que não se consegue localizar a família do usuário, indo ao encontro da definição de hospitalidade proposta por Nilo et.al. (2008) que afirma se tratar de um recurso que possibilita alternativas para o sujeito que se encontra em ruptura com seu laço social ou que, por muitas vezes, torna-se ‘desconhecido’ por não saber suas origens ou até o próprio nome quando chega ao serviço.

Foi possível, na presente pesquisa, identificar também que o cuidar por parte da família abarca algumas funções específicas, dentre elas o acompanhamento medicamentoso. Sendo assim, o desempenho da família no cuidado do usuário e as relações socioafetivas que estabelecem estão diretamente associados à inserção em hospitalidade noturna, pois segundo os entrevistados a família pode não fazer o cuidado adequado do sujeito (acompanhando regularmente o uso da medicação, por exemplo) ou se há conflitos intrafamiliares no ambiente do cuidado, o serviço de hospitalidade aparece para fornecer o auxílio no tratamento, regularizando a medicação e retirando o sujeito do ambiente estressor. Também no que se refere à alta do usuário, o reestabelecimento da condição da família para efetuar os cuidados com o mesmo aparece como critério relevante que sinaliza à equipe a possibilidade de alta,

trazendo à tona a discussão sobre a importância da estabilidade dos familiares para receberem o usuário de volta à rotina da família. Nesse sentido, Bielemann et.al. (2009) afirmam a importância dos profissionais estarem atentos às necessidades dos familiares do sujeito em sofrimento psíquico, repensando os espaços e ações de cuidado direcionadas à família, buscando favorecer sua inclusão no serviço e promovendo práticas de apoio e suporte às suas demandas, como grupos de familiares, visitas domiciliares, dentre outras ações.

A proteção à vida como critério de encaminhamento ao acolhimento noturno retrata a preocupação dos profissionais com as situações que colocam em risco a vida do sujeito. Entretanto, o termo ‘tentativas de autoextermínio’ no discurso dos profissionais remonta mais uma vez à uma concepção médica em saúde mental que trata de questões complexas do sujeito em termos muito objetivos e diretos. Nas entrevistas, é bastante mencionada a importância de se promover um ambiente vigiado e protegido para que os usuários não cometam nenhuma ação contra a própria vida, porém, não se aborda a relevância de uma escuta humanizada e singular, como propõem Heck et.al. (2012), que preserve e valorize as individualidades e demandas de cada sujeito. Sendo assim, o mesmo autor defende ainda que, nos casos de tentativas de suicídio, a tomada de atitude deve ser feita com agilidade e responsabilidade, intervindo de forma humana e empática, já que a construção do vínculo com o usuário neste momento de grande sofrimento psíquico torna-se imprescindível.

Nos casos em que os usuários se encontram ameaçados e correndo risco de vida em função do envolvimento com o tráfico de drogas no território, os profissionais afirmam que a hospitalidade noturna serviria também como ambiente protegido aos usuários. Uma entrevistada ressalta que a hospitalidade seria indicada não somente pela situação de vulnerabilidade no território, mas conjuntamente com um sofrimento psíquico em decorrência da situação, dado que corrobora com a definição de hospitalidade noturna proposta pelo Ministério da Saúde (2002) que coloca esse serviço à disposição nos casos em que o sofrimento psíquico está atrelado ao uso de álcool e outras drogas e conflitos que acarretaram em ruptura familiar e/ou com a comunidade.

A retirada do indivíduo de seu meio social para regularizar a medicação quando a família falha nesta tarefa ou para protegê-lo de conflitos decorrentes de dívidas com o tráfico nos reporta ao projeto inicial de psiquiatria de Phillipe Pinel e não de cuidados desenvolvidos pelo modo de atenção psicossocial. Nas palavras de Oda e Dalgalarrodo (2004):

Para o sistema terapêutico de Pinel, o confinamento e o isolamento do doente eram fundamentais e visavam, ao mesmo tempo, afastá-lo do seu ambiente costumeiro, oferecer medidas de segurança à sociedade e ao próprio alienado e melhor observá-lo, para melhor tratá-lo. Assim, a função do hospício de alienados seria oferecer um tratamento que reconduzisse à razão pela disciplina e por uma justa repressão, num ambiente calmo, regado e afastado dos tumultos e paixões. (p.135)

Torna-se importante ressaltar ainda a existência de outros serviços de atendimento à usuários de saúde mental em situação de vulnerabilidade social para os casos em que a urgência se configura como a necessidade de moradia provisória, como as Unidades de Acolhimento e o Serviço Residencial Terapêutico. As Unidades de Acolhimento (UA), instituídas pelo Ministério da Saúde (2012), oferecem acolhimento e cuidados contínuos em saúde para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, acompanhadas pelos CAPS, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório em função da situação de vulnerabilidade social e/ou familiar. As UA's configuram-se em duas modalidades: adulto e infanto-juvenil (entre 10 e 18 anos incompletos). Já o Serviço Residencial Terapêutico ou residências terapêuticas configuram-se como casas localizadas no espaço urbano que servem como alternativa de moradia para pessoas com sofrimento psíquico egressas de internação psiquiátrica e que permanecem no hospital devido à falta de suporte na comunidade. Serve também de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental com prejuízos no suporte familiar e que não possuem espaço adequado de moradia (Ministério da Saúde, 2011). Diante disso, tem-se que no CAPS deste estudo, os leitos de hospitalidade noturna tem sido utilizados para suprir demandas que já são cobertas por outros serviços da rede, tais como as Unidades de Acolhimento e o Serviço Residencial Terapêutico.

A partir da fala dos profissionais, também aparece como questão importante a se discutir a interlocução entre os diversos setores e serviços da rede, já que muitas vezes usuários que chegam ao CAPS ou que já são acompanhados no serviço são encaminhados a outros níveis de atendimento, como em casos de necessidades clínicas que envolvam, por exemplo, problemas respiratórios ou cardíacos, para quais cuidados o aparato do CAPS é insuficiente. Nesse sentido, assim como Dimenstein et al. (2012) identifica em sua experiência em CAPS III e, considerando encaminhamentos realizados para internação psiquiátrica, tem-se que alguns serviços que compõe a RAPS, como o CAPS III em questão,

podem funcionar, na verdade, como estruturas acopladas ao hospital psiquiátrico que, à medida que encaminham à internação, sem substituí-la, reafirmam sua necessidade (Costa, 2007 citado por Dimenstein et al., 2012).

No que se refere ao CAPS deste estudo, tem-se que este oferece suporte com leitos de hospitalidade noturna para outros CAPS da cidade que não possuem esse recurso. Sendo assim, muitos dos usuários que chegam encaminhados à hospitalidade noturna e que tem sido acompanhados regularmente pela equipe de outra unidade, passam a ter assistência de uma nova equipe, havendo, portanto, certa fragmentação do vínculo entre usuário e equipe do CAPS de origem, contrariando a perspectiva de Campos et.al. (2009) que enfatiza que o diferencial da hospitalidade noturna é permitir que os pacientes estejam integralmente com a mesma equipe no serviço nos momentos de crise. Nesse sentido, a vantagem presente na lógica dos autores existiria apenas nos casos de usuários que são acolhidos e acompanhados no próprio CAPS III.

Para além disso, constatando-se a necessidade de cobertura dos demais CAPS do município com relação à hospitalidade noturna pelo CAPS III em questão, confirma-se o dado colocado por Vainer (2016) e pelo Ministério da Saúde (2017) que afirma a existência de uma baixa implantação de CAPS III no país e a conseqüente escassa produção científica sobre o tema. No que se refere às definições de acolhimento noturno, observa-se certa superficialidade na conceituação deste recurso nos artigos recuperados sobre esta temática. Uma definição mais ampla foi identificada apenas no documento do Ministério da Saúde (2002) que regulamenta e caracteriza com mais detalhes esse serviço.

Cabe ainda enfatizar a concepção de território em saúde mental, já que esta tem implicações diretas nas práticas dos diferentes serviços da rede. A lacuna que se abre ao considerar a hospitalidade noturna como alternativa de medida protetiva ao usuário em risco no território é vasta, pois nos faz refletir sobre a (in)existência de práticas da equipe no cuidado ao usuário *em* território, considerando suas possibilidades diante dos conflitos vivenciados neste lugar e as relações sociais que estabelece. Furtado et. al. (2016) abordam a existência de uma instrumentalização do conceito de território, sendo compreendido na maioria das vezes como organizador administrativo da área de cobertura dos serviços de saúde da rede. Com isso, as dimensões político-econômica e cultural-simbólica que envolvem múltiplas relações de poder, subjetividade e resistência, implícitas em sua conceituação (Haesbart, 2004 citado por Furtado et.al., 2016) perdem sua potência e dão lugar a noções

instrumentalizadas e menos críticas, que desconsideram a inclusão do sujeito em sofrimento mental em seu âmbito relacional. Diante disso, afirmam a necessidade de se distinguir a simples inserção do usuário na RAPS de sua verdadeira inclusão nos espaços físicos, sociais e relacionais que compõem a noção de território.

Concordamos aqui com os sentidos atribuídos à interface serviço substitutivo (CAPS) e território como a construção de Lima e Yasui (2014):

Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Pensar na organização de um CAPS em uma cidade situada no meio da floresta amazônica é distinto de pensar o CAPS no interior de um estado do Nordeste ou de um bairro da periferia leste da cidade de São Paulo. São territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços. Há histórias que determinam os lugares e as formas de acesso: os bairros nobres interditados aos pobres, exceto aos serviçais; a região do comércio com suas ruas de intensa movimentação; o comércio enclausurado nos shoppings centers; os parques e equipamentos de lazer; os bairros pobres; a região do meretrício etc. Há histórias sociais que produzem marcas e formas peculiares de se expressar na mesma língua portuguesa, com palavras e sons particulares; modos de expressão cultural que revelam influências de diferentes culturas nas festas e celebrações, na culinária, na dança, na música; territórios com sua base econômica e formas de exploração do homem com suas consequências no modo de viver e levar a vida. A oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços e instituições também trazem as marcas locais da construção das políticas públicas. (p.597)

A citação acima não encerra este trabalho. Pelo contrário, abre a possibilidade de novos diálogos tão caros e difíceis de se fazer pelos profissionais que aceitam a árdua tarefa de compor equipes de CAPS. Os estranhamentos que sinalizamos aqui, com a ótica da academia, mas também a partir de uma breve experiência na rede, não desmerecem a existência de leitos de hospitalidade. Esperamos, sim, contribuir com o pensamento crítico sobre este recurso, ao concordar com a ideia de que um CAPS, para ser realmente substitutivo, deveria funcionar como modalidade III, cuidando mais de perto dos usuários em crise. Embrenhar-se no território é tarefa de toda equipe de CAPS. Compreendemos que a distância entre equipe e a vida que pulsa no território acaba contribuindo para compreensões

sobre a crise mais próximas de uma leitura médica – apoiada nos manuais diagnósticos – e menos sociorrelacional, como a Psicologia deveria defender.

### **Considerações Finais**

O presente estudo permitiu compreender os critérios de inserção e alta de usuários em hospitalidade noturna segundo a perspectiva de trabalhadores do serviço, além de investigar quais as principais contribuições deste recurso para o cuidado aos usuários da rede de saúde mental do município em questão. A estabilização da crise e a proteção à vida são as principais contribuições do acolhimento noturno ao usuário. Além disso, o estudo apontou que o acolhimento noturno permite a criação de vínculos, o que não estaria de acordo com a proposta do Ministério da Saúde. Esta pesquisa contribui com os estudos sobre a temática da hospitalidade noturna em CAPS III, já que são poucas as investigações que abordam a função estratégica deste recurso no cuidado em saúde mental. Por ter sido realizado em um único CAPS III e terem participado apenas profissionais deste serviço, uma das limitações da pesquisa consiste em não ter sido possível verificar a compreensão sobre o funcionamento deste recurso em outros CAPS e pontos da rede, assim como a perspectiva de outros sujeitos envolvidos no processo de acolhimento noturno (como usuários e seus familiares). A partir disso, sinalizamos a importância de se continuar investigando a função estratégica do acolhimento noturno para além do nível municipal, considerando a interlocução dos diversos pontos da rede, bem como proporcionar a escuta de usuários e familiares acerca de sua compreensão sobre este recurso.

## Referências

- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bielemann, V. L. M. et.al. (2009) A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm*. 10 (1), 131-139.
- Campos, R. T. O. et. al. (2009) Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 43 (Supl. 1), 16-22.
- Carvalho, N.R. & Costa, I.I.(2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, 20(1), 153-164.
- Dell'Acqua, G. & Mezzina, R. (2005) Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. (Coord). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2* (pp.161-194). Rio de Janeiro: Nau.
- Dimenstein, M. D. B. et.al. (2012) O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, 2, 95-127.
- Dimenstein, M. D. B. & Silva, M. L. B. (2014) Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66 (3), 31-46.
- Duarte, R. (2004) Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, 24, 213-225.
- Ferigato, S. H.; Campos, R. T. O. & Ballarin, M. L. G. S. (2007) O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6 (1), 31-44.
- Fontanella, B. J. B. et al. (2008) Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1), 17-27.
- Furtado, J. P. et.al. (2016) A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, 32(9), 1-17.
- Gonçalves, A. M. & Sena, R. R. (2001) A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 9 (2), 48-55.
- Gonzaga, N. & Nakamura, E. (2015) Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. *Saúde soc.*, 24 (1), 232-243.

Heck, R. M. et. al. (2012). Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 26-33.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.html)

Lima, E. M. F. & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde e Debate*, 38(102), 593-606.

Ministério da Saúde (2002) *Portaria nº 336/2002, de 19 de fevereiro de 2002*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).

Ministério da Saúde (2011). *Portaria nº 3.088/2011, 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)*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Ministério da Saúde (2011) *Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011.html).

Ministério da Saúde (2012) *Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html).

Ministério da Saúde (2012) *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*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html).

Ministério da Saúde (2012) *Portaria nº 854/2012, de 22 de agosto de 2012*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html).

Ministério da Saúde (2015) Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental *Saúde Mental em Dados*, 10 (12). Recuperado de [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental).

Ministério da Saúde (2017) *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).

Ministério da Saúde (2017) *Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental*. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>.

Moura, A. F. (2015) *Estudo sobre o uso do dispositivo leito de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Nilo, K. et. al. (2008) Resposta à crise: A Experiência de Belo Horizonte. In Secretaria Municipal de Belo Horizonte: *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* (pp. 11-128). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Oda, A. M. G. R. & Dalgalarondo, P. (2004). O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, VII(1), 128-141. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0128.pdf>

Pitta, A. M. F. (2011) Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4579-4589.

Prado, M. F.; Sá, M. C. & Miranda, L. (2015) O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. *Saúde debate*, 9 (especial), 320-337.

Silva, E. O. (2014) *Hospitalidade noturna: subsídios para atenção psicossocial no Cersam Ad Pampulha/MG*. Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Turato, E. R. (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.

Vainer, A. A. (2016) *Demanda e Utilização do Acolhimento Noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.