



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL**



**ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – EENFAR**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**THYARA MAIA BRANDÃO**

**VIVÊNCIAS DE ACOLHIMENTO NOTURNO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**Maceió**

**2015**

**THYARA MAIA BRANDÃO**

**VIVÊNCIAS DE ACOLHIMENTO NOTURNO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação de Mestrado apresentada para defesa no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da vida e no cuidado em saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Ciência, Tecnologia e Inovação para o Cuidado.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Mércia Zeviani Brêda

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

**Maceió**

**2015**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade**

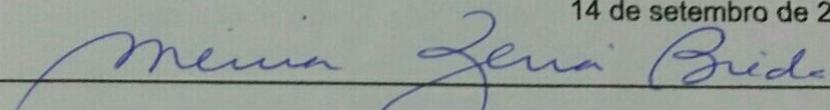
B817v	<p>Brandão, Thyara Maia. Vivências de acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas / Thyara Maia Brandão. – 2017. 110 f.</p> <p>Orientadora: Mércia Zeviani Brêda. Coorientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2017.</p> <p>Bibliografia: f. 96-103. Apêndices: f. 104-44. Anexos: f.45-110.</p> <p>1. Acolhimento. 2. Saúde mental. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 4. Serviços de saúde mental. 5. Enfermagem psiquiátrica. I. Título</p> <p style="text-align: right;">CDU: 616-083:616.89</p>
-------	---

**Folha de Aprovação**

THYARA MAIA BRANDÃO

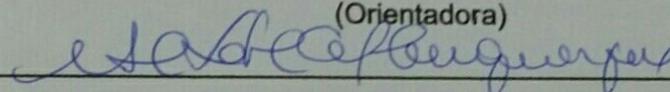
Vivências de Acolhimento Noturno em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas \ dissertação de mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, na forma normalizada e de uso obrigatório.

Dissertação de Mestrado  
submetida ao corpo docente do  
Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem da Universidade  
Federal de Alagoas aprovada em  
14 de setembro de 2015.

  
\_\_\_\_\_

Dra. Mércia Zeviani Brêda, ESENFAR-UFAL

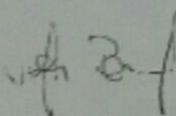
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, ESENFAR-UFAL

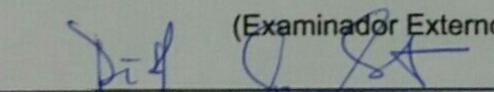
(Co-orientadora)

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes IP/UFAL

(Examinador Externo)

  
\_\_\_\_\_

Profª. Dra. Débora de Souza Santos ESENFAR-UFAL

(Examinador Interno)

***Ao meu pai, Wilton Brandão Lima (in memorian), meu maior incentivador, pelo seu amor e dedicação à minha formação enquanto pessoa.***

***Aos usuários, profissionais, estudantes e todos aqueles que vivenciam a atenção em saúde mental. Que continuem acreditando e buscando qualidade na produção de cuidado às pessoas.***

## AGRADECIMENTOS

**Pelo reconhecimento da importância nessa jornada e pelo amor que guardo a cada um de vocês, agradeço:**

- **Ao meu pai**, por todo amor, oportunidades e sonhos que me proporcionou. Pela segurança que tenho na família que construí.
- **À minha mãe Socorro**, pelo cuidado, presença, alegria e amor incondicional que preenchem a minha vida.
- **Aos meus irmãos, Thyci e Thiago** pelo companheirismo, pelos bons exemplos, cada um a sua maneira, que me fazem crescer e buscar ser melhor e **Cícera**, por todo carinho e cuidado com que presenteia nossa família.
- **À minha família** em especial minhas tias-mães **Luca e Tereza**, pela presença, apoio e amor nos momentos em que o caminhar foi doloroso.
- **Às minhas irmãs de coração: Laura e Anne** por serem meus apoios de sempre e em especial **Narah e Lis**, irmãs que adotei tardiamente, por toda força e amor que me proporcionaram nessa caminhada.
- **Às minhas orientadoras Mércia e Cícera**, pelo exemplo que me inspiram, pela delicadeza de todo o cuidado para além das atividades acadêmicas, por me oportunizarem o aprendizado que não se encontra nos livros.
- **À Yanna** por todo apoio no caminho dessa jornada.
- **Às minhas amigas: Keyesse, Nathalie, Rafa, Mariama e Júlia** pela alegria e motivação. **Eva, Verônica, Luciana**, pela preocupação, amizade, carinho e torcida.
- **Aos amigos da turma de mestrado**, pelas experiências compartilhadas e afetos construídos a cada aula, trabalho, seminário e etapas vencidas na árdua caminhada.
- **Aos usuários do serviço**: pela oportunidade de aprendizado, pelo tempo disponibilizado e pela confiança depositada ao me permitirem conhecer momentos tão difíceis de suas vidas.
- **Aos meus alunos** pelo carinho, motivação que me proporcionam e pela energia positiva que me renova a cada encontro.

- **À Universidade Federal de Alagoas – UFAL** pela oportunidade de estar de volta ao local de minha formação profissional e poder desfrutar do universo de saberes que disponibiliza.
- **Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF da Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR** e todos os docentes, técnicos e colaboradores que a compõem, pela oportunidade da realização dessa pós-graduação *strictu-sensu* que tanto me acrescenta profissionalmente.

*Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo (AYRES, 2001, p.71).*

## RESUMO

No Brasil, a atual política de atenção ao álcool, crack e outras drogas vem tecendo uma rede de serviços que atua nos princípios da redução de danos e da atenção psicossocial. Um dos pontos estratégicos de atenção desta rede são os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas 24h (CAPS ad 24h), em que o acolhimento noturno apresenta-se como modalidade de atenção às pessoas que apresentam necessidades decorrentes do uso de substâncias. Em Maceió, houve a implantação recente deste serviço, e, tendo em vista a necessidade de melhor conhecê-lo, nesta pesquisa foi elaborada a seguinte pergunta: Como se dá a vivência de acolhimento noturno em CAPSad 24h? Para respondê-la foi estabelecido como objetivo: compreender a vivência de pessoas em acolhimento noturno em um CAPSad 24h. Para tanto, desenvolveu-se esta pesquisa de caráter descritivo exploratório com abordagem qualitativa dos dados. As informações foram produzidas através de entrevistas aos sujeitos que vivenciaram o acolhimento noturno no serviço, observação sistemática e notas de campo realizadas pela pesquisadora. As informações foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), subsidiadas pelos registros de observação e campo. Os resultados da pesquisa revelaram que a busca pelo serviço se deu diante da percepção da necessidade de ajuda decorrente da perda de controle sobre o uso da droga, pelos prejuízos causados nessa condição e por estarem em situação de rua, referiram que essa busca se deu por livre e espontânea vontade sendo por vezes estimulada pela família e por profissionais da rede de atenção em saúde mental. O acolhimento noturno foi avaliado positivamente tanto na chegada quanto na permanência dos usuários no serviço, na chegada descreveram rapidez no atendimento que foi sempre realizado por equipe multiprofissional. Sobre a permanência no serviço, a conversa e o relacionamento interpessoal foram tidos como facilitadores do acolhimento, os cuidados clínicos estiveram presentes em todos os discursos. As atividades grupais mostraram-se como as mais realizadas no serviço, algumas foram avaliadas de forma positiva e outras foram criticadas. Mostrou-se necessário a diversificação e dinamização das atividades terapêuticas bem como investimento em estrutura física, recursos materiais e de formação continuada para os profissionais. A mudança de profissionais componentes da

equipe multiprofissional com a transição de gestão política gerou impacto negativo relatado pela maioria dos entrevistados. O acolhimento noturno em CAPSad 24h mostrou-se superior quando comparado às vivências de internação em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos. Destacou-se a constante presença e disponibilidade dos profissionais de enfermagem, principalmente em cuidados clínicos e possibilidades de diálogo.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Saúde Mental. Transtornos relacionados ao uso de Substâncias. Serviços de saúde mental. Enfermagem psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

In Brazil, the current policy attention to alcohol, crack and other drugs has created a network of services that operates on the principles of harm reduction and psychosocial care. One of the strategic points of attention in this network are the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs 24 (CAPS ad 24), where the night host is presented as a core technology of care to people who have attention needs due the use of substances. And as in Maceio, there was the recent deployment of this service, broke the following question: How would be getting on the experience of night shelter in CAPSad 24? To answer it was set a goal: to understand the experience of people in night shelter in a CAPSad 24. To reach it was developed this descriptive exploratory study with a qualitative approach. The information was produced by interviewing the subjects who experienced the night shelter in the service, systematic observation and field notes. The information was analyzed using content analysis method proposed by Bardin (2011), supplemented by the records of observation and field. The survey results revealed that the search for service occurred before the perceived need for help due to the loss of control over drug use, for damages caused in this condition and for being on the streets, indicated that this search was given by free will is sometimes encouraged by family and professional network of mental health. The evening reception was well evaluated both arrival and the permanence of users in the service, on arrival they described fast service that has always been done by the multidisciplinary team. About staying in the service, conversation and interpersonal relationships were seen as host of the facilitators, clinical care were present in every speech. The group activities were shown to be the most used in the service, some were well evaluated and others have been criticized. Proved necessary diversification and promotion of therapeutic activities as well as investment in physical infrastructure, material resources and continuing education for professionals. The change components of the multi professional team with the policy management transition had a negative impact reported by most respondents. The night shelter in CAPSad 24 was superior when compared to internment experiences in therapeutic communities and psychiatric hospitals. He highlighted the constant presence and availability of nursing professionals, especially in clinical care and opportunities for dialogue.

**Keywords:** Refuge. Mental health. Related Disorders to the use of substances.  
Mental health services. Psychiatric nursing.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD: Centro de Atenção psicossocial para álcool e outras drogas

CAPS AD 24h: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas

CEP: Comitê de ética em pesquisa

DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis

HP: Hospital Psiquiátrico

NASF: Núcleo de apoio à saúde da Família

NC: Nota de campo

OS: Observação sistemática

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de atenção Psicossocial

RD: Redução de Danos

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

TR: Técnico de referência

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
2.1 Necessidades das pessoas em uso prejudicial de drogas .....	23
2.2 A atenção psicossocial às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas .....	24
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	32
3.1 Tipo de estudo.....	32
3.2 Cenário e seu Contexto.....	32
3.3 Sujeitos participantes .....	33
3.4 Produção de informações.....	34
3.4.1 A Aproximação dos sujeitos.....	34
3.4.2 A coleta de dados .....	34
3.5 Tratamento e análise dos dados .....	36
3.6 O Referencial Teórico.....	39
3.7 Aspectos Éticos.....	39
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
4.1 Os sujeitos participantes .....	41
4.2 Os núcleos temáticos .....	47
4.2.1 A percepção da necessidade de ajuda .....	47
4.2.2 A recepção no serviço de acolhimento noturno .....	56
4.2.3 A permanência no acolhimento noturno .....	61
4.2.4 A enfermagem na atenção à pessoa em acolhimento noturno .....	82
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96

<b>APÊNDICE A</b> .....	107
<b>APÊNDICE B</b> .....	110
<b>APÊNDICE C</b> .....	112

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto de estudo as vivências de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas 24horas (CAPS ad 24h). O acolhimento noturno refere-se à estadia no serviço, inclusive no período noturno por até 14 dias. Trata-se de uma forma de atenção que visa acolher pessoas com necessidades ou em situações de vulnerabilidade sociais decorrentes do uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2012).

Esse uso é considerado prejudicial quando mesmo diante de sintomas físicos e psíquicos que interferem em sua qualidade de vida, a pessoa permanece fazendo uso da substância (SOUSA, 2013).

No Brasil, o contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial corroboram com a ideia do acolhimento enquanto prática de valorização das potencialidades dos usuários nos serviços de saúde mental e para tanto, mostra-se necessária a utilização de tecnologias leves do cuidado. A abordagem que demandam as pessoas com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas é consonante com a atenção psicossocial à saúde existente hoje no País. Nesse paradigma, os saberes das diversas formações profissionais devem interagir cuidando da pessoa em suas necessidades sociais, culturais, étnicas e espirituais (CARTANA, et al, 2004; ANDRADE; SOUSA e QUINDERÉ, 2013).

Para o atendimento integral à pessoa, faz-se necessário a utilização das distintas tecnologias de cuidado. Merhy (1997) divide as tecnologias da saúde em leves, leve-duras e duras. As leves são as relações interpessoais que envolvem a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras compreendem os saberes científicos, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são representadas por equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais.

As tecnologias leves do cuidado, como o acolhimento e a busca pela autonomização da pessoa transpõem a visão reducionista do processo saúde-

doença focado apenas no aspecto biológico e busca contemplar a integralidade da atenção prestada. Esses dispositivos de base relacional podem e devem ser inseridos no diálogo entre trabalhador de saúde e usuário/família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde dos sujeitos, transversais a toda a terapêutica (JORGE et al, 2011).

Para Merhy (2007) o processo de trabalho possibilita a aproximação dos sujeitos, sendo os serviços de saúde espaços estratégicos em que as relações entre trabalhadores, usuários e familiares podem produzir acolhimento em atos, utilizando essas tecnologias leves.

Nas pessoas com necessidades decorrentes da utilização de álcool e drogas, a formação de vínculo torna-se importante pelo fato de a clientela ser fortemente marcada pela baixa adesão ao tratamento, fazendo-se necessária a implementação de novas abordagens a essas pessoas, sobretudo nos serviços de CAPSad (PEIXOTO, 2010).

Nesse contexto, Merhy (2002) ressalta a necessidade de se construir outro proceder em saúde que se baseie na construção de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores da saúde, buscando uma resolubilidade que favoreça a autonomia dos usuários.

Mendes (2011) ressalta a importância da rede de serviços que se mostra substitutiva às práticas tradicionais de saúde do modelo biomédico, destaca entre esses serviços, os CAPS, como dispositivos que incentivam a liberdade e a autonomia de seus usuários e a maior integração de saberes dos profissionais que nele trabalham.

Ele aponta como alguns dos pontos-chaves de potencialidades dos CAPS a oferta do acolhimento em crise, o atendimento ao indivíduo em suas complexas necessidades, a atenção e formação de vínculo com os familiares e o estímulo a formação de redes de inclusão social (MERHY, 2004).

Franco, Bueno e Merhy (1999) destacam que uma nova ética que acolha e estimule a tolerância da diversidade deve ser construída. A inclusão social e a

escuta solidária devem existir no compromisso com a construção da cidadania. Dessa forma, o acolhimento é resultado das relações e interações no processo de atendimento, o que ocorre depois de concluída a etapa do acesso.

A atenção psicossocial, sobretudo às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias, constitui-se de ações amplas que envolvem não apenas técnicas e procedimentos terapêuticos que buscam um resultado pontual, mas, integra uma série de fazeres que promovem a integralidade da atenção e valoriza os relacionamentos interpessoais, isto é, “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2004, p.74).

Na atualidade o consumo de drogas é um fenômeno gerador de grande impacto na saúde pública. Sendo de causa multifatorial e pela complexidade que o caracteriza demanda múltiplas estratégias terapêuticas que devem abordar e incluir, além dos usuários, os familiares na atenção (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o uso abusivo de substâncias psicoativas é uma doença crônica e recorrente, considerada um problema de saúde pública que afeta as esferas sociais, econômicas e culturais. Pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10) o uso prejudicial de drogas configura-se com uma série de sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais, entre outros, que denotam a permanência do uso pela pessoa (SOUSA et al, 2013).

Nesse contexto, faz-se necessária a constante discussão sobre a assistência prestada a pessoa com necessidades relacionadas ao uso de substâncias tendo em vista as consequências biopsicossociais decorrentes desse processo. Pelo histórico de políticas do SUS, onde há destaque para o princípio da universalidade, é fato que as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e sua família têm direito ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da atenção (PAULA et al, 2014) .

Desde 2004 quando foi implantada a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas pelo Ministério da Saúde, atenta-se para que a atenção a essas pessoas ocorra pautada nos ideais da Reforma Psiquiátrica em que a reabilitação psicossocial é um dos principais objetivos. Dessa forma, o cuidado à saúde deve

acontecer na rede de atenção composta por serviços de complexidades diversas, sendo a prioridade dessa atenção a rede extra-hospitalar integrada por serviços como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2003).

Ainda em 2004, através da Política Nacional de Humanização do SUS, o Ministério da Saúde, já formalizava a preocupação com a mudança de paradigmas e práticas dentro dos amplos setores do sistema, buscando com ela sistematizar as ações e serviços responsáveis pelas transformações nas práticas de saúde realizadas, no fluxo de funcionamento da rede. A maior valorização das dimensões subjetivas e sociais e o incentivo ao trabalho multiprofissional pautado na interdisciplinaridade, define entre suas prioridades o atendimento humanizado e acolhedor (BRASIL, 2004).

Dentre as tecnologias pesquisadas e encontradas no CAPS, o acolhimento, o vínculo e a escuta qualificada são utilizadas e identificadas como do tipo leve. Quando a relação entre profissionais e usuários é de interação, identifica-se o uso dessas tecnologias como estratégia de alcance da integralidade da atenção através do processo de trabalho desenvolvido nesses serviços (MERHY, 2004).

Merhy (1997), argumenta que a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto e palpável, mas como produto de várias ações em conjunto, abstratas ou concretas, que busquem como finalidade o cuidado em saúde (MERHY, 2002).

O acolhimento surge como uma das importantes demandas advindas do percurso de construção do SUS. Permeia as dimensões de promoção, prevenção, recuperação e cuidado presentes no processo de produção de saúde. A transformação das práticas de acolhimento existentes hoje entre usuários e profissionais dos serviços de saúde mostra-se como um desafio que precisa ser enfrentado. O acolhimento deve ser visto enquanto prática e postura a ser adotada pelos atores envolvidos nesse contexto (BRASIL, 2010).

Franco Bueno e Merhy et al (1999) consideram a proposta que traz o acolhimento como diretriz operacional para a reorganização dos serviços pautada na acessibilidade, resolutibilidade e humanização do tratamento. Destaca que para tanto, tem como princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al, 1999. p. 347).

No campo da atenção psicossocial, o CAPS mostra-se como dispositivo que facilita a realização de práticas acolhedoras. Nessa modalidade de serviço de atenção utiliza-se as relações de cuidado como ferramentas de prática favorecendo o vínculo, a corresponsabilização e autonomia. Nesse cenário, práticas acolhedoras substituem a internação hospitalar, estimulam o trabalho em rede, a atenção integral e a gestão participativa através de reuniões para discussão de casos e possibilidades de tratamento (JORGE et al, 2011).

Jorge (2011) destaca ainda que:

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (Jorge et al. 2011. p.3052).

No contexto do CAPS, onde preconiza-se a organização transversal do serviço, o acolhimento é tido como um atendimento de qualidade, onde há diálogo, respeito e escuta qualificada, ocorre na formação do vínculo a amizade entre trabalhadores, usuários e familiares. Assim, acolher vai além da questão da patologia e do diagnóstico e dá destaque a subjetividade de cada pessoa que é atendida no serviço (JORGE, et al. 2011).

No tocante a reinserção, social o CAPS representa papel importante nesse processo para seus usuários. Sendo um serviço que funciona na lógica do acolhimento, torna-se um local de encontro de minimização de preconceitos e que busca a partir de suas estratégias o empoderamento de seus usuários. Ao ir além do espaço físico do serviço incentiva e propicia as atividades externas, como trazem Salles e Barros (2013):

Ao participar de ONGs e associações os usuários, os familiares e os profissionais de saúde mental criam a possibilidade de integração com a comunidade, conquistam espaço para agir conforme suas necessidades, assumindo uma postura ativa. Assumem a responsabilidade por transformar a realidade ao seu redor, promovendo encontros entre pessoas e se organizando para possibilitar a ajuda mútua dos envolvidos (SALLES; BARROS, 2013, p.30).

No âmbito da atenção psicossocial às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, Moura e Santos (2011), em seu estudo sobre a percepção do cuidado ofertado em CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas), identificaram que o acolhimento aparece de forma significativa na fala das pessoas lá atendidas, como um momento de escuta, respeito, valorização do ser que se sente atendido de forma humanizada.

No Brasil, mediante as transformações decorrentes da Reforma Sanitária emergiu-se a criação de uma rede de atenção de cuidados integrais que visassem à reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico e entre elas as pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias, foi então formulada a lei 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2003b).

Com a implementação da política de saúde mental através das leis 10.216/01 e da Portaria 336/02, foram criados os CAPS serviços de atenção às pessoas em sofrimento psíquico com vistas à reabilitação psicossocial. Dentre eles, o serviço destinado à atenção de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas os CAPSad que atua na lógica da redução de danos buscando a promoção do autocuidado e redução dos riscos e vulnerabilidades inerentes ao uso de substâncias (MOURA; SANTOS, 2011).

O CAPSad III também denominado ou CAPSad 24h teve sua redefinição a partir da portaria de nº 130 de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012). Nas suas disposições gerais, define no artigo 2º:

CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012,p.47).

Através da portaria supracitada houve redefinição dos custos e da modalidade de atendimento do CAPSad 24h que passa a acolher adultos, jovens e crianças em regime de permanência no serviço por até 14 dias contínuos num período de 30 dias. Direcionado ao público com problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas torna-se referência de serviço especializado, tem como objetivo maior o acolhimento, cuidado integral e proteção diante de necessidades clínicas ou psicossociais, podendo contar com a retaguarda de outros dispositivos da rede de atenção em saúde (BRASIL, 2012).

A permanência neste serviço é denominada acolhimento noturno que passa a ser um local que ofertará além de assistência diurna, a modalidade de acolhimento noturno aos usuários. “O funcionamento do CAPSad 24h “deverá regular o acesso ao acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros” (BRASIL, 2012, p.3).

Este acolhimento noturno concretiza-se na permanência do usuário em serviço por 24 horas durante por um período de até 14 dias, não sendo esse usuário privado de atividades externas realizadas por profissionais do CAPS no qual se encontre, de acordo com rotina do serviço, e do contato com pessoas que o visitem (BRASIL, 2012).

Frente à nova forma de atendimento ofertado pelo serviço do CAPSad 24h da cidade de Maceió e a necessidade de explorar as práticas desse atendimento, o presente estudo adotou como **questão norteadora**: Como se dá a vivência do acolhimento noturno em CAPSad 24h? Para respondê-la, estabeleceu como **objetivo**: Compreender a vivência de pessoas em acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas 24h.

A seguir, contextualiza-se a problemática do uso prejudicial de substâncias e a Política Nacional e Rede de Atenção Psicossocial construída para atender a essa demanda. Posteriormente, nos resultados, reunidos em quatro núcleos temáticos, são apresentadas as situações em que as pessoas buscaram o serviço, a recepção, as ações desenvolvidas durante a permanência no serviço, a avaliação dessa

vivência pelas pessoas entrevistadas, o paralelo traçado por elas relacionado às outras experiências de permanência em diferentes instituições e a inserção da enfermagem no acolhimento noturno em CAPSad 24h.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Necessidades das pessoas em uso prejudicial de drogas**

Existem distintas teorias de diversos pesquisadores que buscam elucidar a dependência de álcool e outras drogas, a grande parte dos pesquisadores acredita que a dependência é uma relação conflituosa entre uma pessoa e o seu modo de utilizar uma determinada substância. Essa relação alterada pode trazer problemas para o seu usuário. Muitos, porém, não apresentam problemas relacionados ao seu consumo. Outros apresentam problemas, mas não são considerados dependentes químicos. E, ainda, entre os dependentes, existem diferentes níveis de comprometimento (BRASIL, 2003).

O uso de drogas mostra-se na atualidade como um fenômeno de ampla discussão tendo em vista seu grande impacto social. O consumo nocivo de substâncias psicoativas é cada vez mais presente na sociedade o que repercute em graves problemas sociais. Essa temática sempre fez parte da história da humanidade e deve ser avaliada no aspecto saúde com todos os fatores que implicam no seu processo saúde/doença (PARATTA; SANTOS, 2011).

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em conjunto com a Associação Médica Brasileira (CREMESP/AMB):

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa, sendo vista como uma síndrome, determinada a partir de diversos fatores de risco, aparecendo em cada indivíduo de maneira distinta (CREMESP/AMB, 2003. p.14).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que 6% da população mundial apresenta algum transtorno psiquiátrico decorrente do uso do álcool e outras drogas. O aumento desse consumo decorre da fase pós-moderna onde ocorreram mudança de valores e costumes e que acarretam em prejuízos sociais, econômicos, psicológicos e familiares (LARENTIS; MAGGI, 2012).

O uso de substâncias era tido como predominante nas classes menos favorecidas socioeconomicamente, hoje predomina a homogeneidade de consumo

de drogas entre as classes sociais, nos mais diferentes credos e raças, afetando as relações familiares e o desenvolvimento econômico social como um todo (HENRIQUES; HILDEBRAND et al, 2013).

As relações familiares são constantemente afetadas pelos danos resultantes do consumo de drogas por um membro da família. Nesse sentido, percebe-se como necessária a implantação de uma abordagem terapêutica diversificada que leve em consideração também os familiares da pessoa em sofrimento com a dependência (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

No acolhimento aos usuários e às famílias mostra-se necessária a escuta qualificada, a formação de vínculo e a pactuação de responsabilidades (LISBÔA, BRÊDA e ALBUQUERQUE, 2014).

## **2.2 A atenção às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas**

No Brasil, a forma de lidar com a questão do álcool e outras drogas evoluiu de forma lenta ao longo dos anos e teve em sua abordagem uma transição entre o caráter predominantemente legal e de criminalização para um olhar voltado aos aspectos da saúde, nessa transformação houve a elaboração de políticas que embasavam os programas ministeriais e que conduziram as ações na área:

Machado e Miranda (2007) consideram que:

Quando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esse atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública; e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados a consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007, p.822).

No início do século XX, surgiram no Brasil as primeiras intervenções relacionadas à questão das drogas. Ocorreu com a criação de instrumentos jurídicos que regulamentavam o consumo e a comercialização dessas substâncias e que

garantiam a segurança e a saúde pública nacional. Na época o consumo de drogas mostrava-se tímido diante do uso de álcool, que por ser mais tolerado socialmente, não despertava a preocupação dos governantes. Esse aparato legal determinava a exclusão social de pessoas usuárias de substâncias ilícitas que teriam como pena a reclusão em prisões, manicômios e a partir da década de 70, em hospitais psiquiátricos (MUSUMESCI, 1994).

A legislação brasileira passa a ser influenciada pela medicina a partir de 1970, quando o usuário de substâncias passa a ser tido como doente, além de criminoso. As instituições que recebiam essas pessoas, além de hospitais psiquiátricos, foram instituições especializadas e filantrópicas. Dentre os objetivos do tratamento estava a recuperação, o tratamento e a abstinência. Práticas que ainda mantém influência sobre as ações realizadas ainda hoje nesse contexto (FIORE, 2005).

Na década de 80 foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), no período da ditadura militar. As suas atribuições constavam no decreto 85110 de 2 de setembro de 1980 e tratavam:

Art 4. ... propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica... (Brasil, Ministério da Justiça, 1992, p.19)

Na década de 80, surgem os primeiros centros de tratamento e pesquisa relacionados à temática das drogas, mas, só a partir de 1994 diante da necessidade de intervenções para a prevenção do HIV entre usuário de drogas o COFEN se posicionou favoravelmente em relação às ações de redução de danos. Na época, essas ações que consistiam na distribuição de insumos e orientava a troca de seringas foram vistas por parte da sociedade como estímulo ao uso de substâncias (MACHADO; MIRANDA, 2007).

As estratégias de redução de danos com suas técnicas e ideologias acabaram influenciando a política nacional de saúde. A partir de 2003, o Ministério da Saúde lançou a proposta em que o uso de álcool e outras drogas passaram a ser encarado como um problema de saúde pública e não mais apenas um problema jurídico (BRASIL, 2003).

Desde 2001, a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), órgão responsável pela articulação das ações relacionadas a essa área no país, iniciou um processo de democratização, pondo em discussão popular em conjunto com os gestores a reestruturação da política de drogas vigente no país (BRASIL, 2011).

Em 2005, através da Resolução nº03 GSIPR/CONAD (Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República/Conselho Nacional Antidrogas) de 27 de outubro de 2005, aprovada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que traz entre seus objetivos o tratamento, a recuperação e reinserção social e entre alguns de seus pressupostos:

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção (BRASIL, 2011a, p.13).

Com o crescente consumo de crack no Brasil, registrado desde o início da década de 90, o Governo Federal lança o PEAD *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2009) seguido, em 2010, pelo “*O Plano Crack*” - *Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas*. Diante da grande vulnerabilidade social, da fragilidade dos sistemas de segurança e saúde pública buscou-se uma estratégia de integrar as ações de cuidado às pessoas sem uso de drogas ilícitas, dentre elas a criação de leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos para as pessoas que fazem uso abusivo de álcool crack e outras drogas (ANDRADE, 2011).

Andrade (2011) cita também a implantação de centros de cultura, arte e renda e de pontos de acolhimento, esses, constituem-se de casas cujo objetivo é acolher

de forma transitória crianças, adolescentes e jovens usuários de outras drogas, entre elas, maior atenção aos que fazem uso de crack. Essas têm funcionamento diurno, devem oferecer recursos para os cuidados de higiene e alimentação desses usuários até que sejam encaminhados para outro serviço da Rede. Infelizmente os recursos financeiros apresentados para a implantação desses serviços permitem apenas a produção de peças simplórias e de pouco valor social, não oportunizam as reais potencialidades dos usuários o que torna a reinserção social uma realidade distante.

Com vistas a produzir um cuidado amplo e capaz de atender a cada usuário em suas necessidades específicas, o Ministério da Saúde, através da portaria 3.088 de 2012 (BRASIL, 2012) cria a rede de atenção psicossocial (RAPS) da qual fazem parte serviços de saúde e assistência social que incluem os serviços de Centros de Referência Especializada de Assistência Social, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio em Atenção Básica, CR (Consultório na Rua), Centros de Atenção Psicossocial (para usuários de álcool e outras drogas – CAPS-ad e para atendimento à infância e adolescência – CAPS-i), Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos, além das Comunidades Terapêuticas, todos potencialmente matriciados (apoiados colaborativamente) pelos CAPS-ad, com equipe profissional mais diversificada e especializada, com funcionamento ininterrupto (CAPS-ad III) (LONDERO, 2014).

Nos CAPS ocorre atuação de equipe multiprofissional e cada pessoa acolhida deverá ter um técnico de referência (TR), que acompanhará e se responsabilizará por aquele usuário do serviço. O TR deve junto com a equipe, pessoa acolhida e sua família elaborar o planejamento de sua assistência e implementá-lo com ações que busquem a reabilitação, esse projeto de cuidado é chamado de Projeto terapêutico Singular (PTS), (BRASIL, 2012).

Para Saraceno (2011), é preciso que ocorra o compartilhamento e articulação de saberes entre profissionais e gestores, dos serviços, na busca por estratégias que garantam maior acesso aos direitos sociais pelas pessoas em sofrimento psíquico.

O autor ainda ressalta que a comunidade precisa ter conhecimento sobre as razões e ideais da Reforma Psiquiátrica para que favoreça a minimização das barreiras construídas pelo preconceito em relação às pessoas em sofrimento psíquico, preconceito que leva grande parte da sociedade a não conhecer e até mesmo não exigir a implementação dos serviços substitutivos e de base comunitária atuantes na lógica da reinserção social (SARACENO, 2011).

Trata-se de uma aliança entre diversos atores, disciplinas, serviços, recursos: quanto mais difusa e indefinível for a condição de sofrimento em direção a qual se age, tanto mais difusa e indefinível é a “tecnologia” que será necessário utilizar (SARACCENO, 2011, p.95).

Em dezembro de 2011 é lançado, pela presidente Dilma Rousseff, o Programa “Crack, é possível vencer” (BRASIL, 2011c). Estruturado em três eixos: o cuidado, a autoridade e a prevenção. Nesse programa, busca-se uma maior integralidade de ações ofertadas no eixo cuidado e o atendimento ao usuário em situação de rua através das ações do consultório na rua. São disponibilizados também os serviços do CAPSad com funcionamento de 24 horas, os leitos especializados em hospitais gerais, unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil e ainda as comunidades terapêuticas.

Essas comunidades tiveram financiamento pelo SUS a partir da portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 que:

Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012b, p. 18).

Pela mesma portaria são definidos como serviços de atenção em regime residencial, os pontos de acolhimento anteriormente citados e as comunidades terapêuticas que devem seguir as diretrizes postas no Art. 6º da portaria:

- I - Respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão;
- II - Ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social;
- III - Garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;

IV - Garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade;

V - Respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade;

VI - Garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes;

VII - Inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e

VIII - Permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado (BRASIL, 2011c, p.19).

No âmbito da assistência na atenção básica, a PNAD reafirma a lógica dos princípios da Reforma Psiquiátrica que primam pela atuação das ações de saúde com base no território e rede de cuidados em saúde mental e dentro dessa rede deve estar inserida a atenção primária em saúde (JUCÁ et al, 2009).

A atenção básica através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários”. Estabelece entre seus itens:

#### 4.6 Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

4.6.1 Equipes do Consultório na Rua. A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011b, p.12).

Considerado como um serviço relativamente novo no SUS, o Consultório na Rua (CR) surge diante do caos causado pelo crack, sobretudo nas populações em situação de rua, mesmo em frente às transformações ocorridas na forma de assistências, pouco havia sido planejado no Brasil para a assistência a esse público. Nesse

contexto, o CR mostra-se como dispositivo fundamental para a produção de cuidado baseado nas singularidades de seu público (LONDERO et al ,2014).

Um exemplo das contribuições do acolhimento no processo de trabalho é posto por Franco (1999) quando relata o exemplo de unidade básica de saúde situada no interior de Minas Gerais, onde a equipe descrita por ele como não-médica ganha maiores possibilidades de atuação. Através dos recursos tecnológicos como protocolos de atendimento que permitem a enfermeira atender um usuário em suas demandas, através das condutas estabelecidas no protocolo e com a retaguarda da técnica de enfermagem da equipe garante a resolução das demandas apresentadas pelas pessoas que buscam o serviço.

Para Malta (2010) o acolhimento na forma de escuta configura-se uma fazer tecnológico de alta potencialidade na melhoria da qualidade da atenção prestada em saúde. Quando dessa forma ocorre permite promoção de cidadania e autonomia do usuário advindas da relação mais próxima entre o trabalhador e o usuário do serviço.

Santos et al (2007), acrescenta que enquanto tecnologia relacional, o acolhimento, ao aumentar a resolução das demandas favorece também a atenção em rede, deve estar presente durante todo o percurso desta, no serviço de referência e por onde mais o usuário passar durante o seu tratamento, seja um indivíduo ou a coletividade, o acolhimento deve percorrer todas as etapas do processo terapêutico para que a atenção seja integral.

Merhy (2002) consolida a estreita relação entre os conceitos de humanização e acolhimento quando diz que acolhimento consiste em relações humanizadas entre serviços, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, que é através da formação de vínculo e compromisso advindos desse encontro que é formada a relação entre acesso e acolhimento.

O ato de acolher ultrapassa o ato de receber, ou apenas recepcionar, mas se caracteriza como prática que deve estar presente no fazer dos diversos profissionais de saúde, nos diferentes momentos de suas práticas, em sucessivas vezes em que realizar atendimento, não sendo ainda uma prática para ficar restrita à unidade,

dentro das paredes dos consultórios mas deve estar na realidade extramuros das comunidades. No PSF o acolhimento mostra-se como importante ferramenta para organização do serviço quando somado a outras práticas que buscam conhecer as demandas da população de sua área, estreita o vínculo com o usuário e propicia a sua autonomia (FRACOLLI, 2003).

O serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas, devem ser dados por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al 1999).

Dessa forma, foi notória a importância de melhor apreender as vivências de acolhimento noturno em CAPS AD 24h pelos relatos dos próprios usuários bem como identificar a inserção da enfermagem nesse novo contexto de atenção às pessoas com necessidades relacionadas ao uso de drogas.

## **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva de caráter exploratório, por ser a que melhor favorece o alcance dos objetivos propostos. Pois, esta modalidade de pesquisa possibilita descrever o acolhimento noturno-fenômeno ainda não pouco explorado. E, ao conseguir, como afirma Minayo (2010, p.22), denomina-se pesquisa qualitativa por “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Assim, desenvolver esta modalidade de pesquisa possibilitou evidenciar o significado do acolhimento noturno para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas e os principais aspectos a ele relacionado. Considerar a voz destas pessoas, favoreceu a compreensão desta vivência capaz de subsidiar a atuação de enfermagem nestes serviços.

### **3.2 Cenário e seu Contexto**

A pesquisa ocorreu em um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas localizado numa capital do nordeste brasileiro. Fundado em 2006 o serviço enquadra-se na modalidade 24 horas de CAPSad desde 2013, antes funcionava no horário normal de CAPSII, de segunda a sexta-feira nos turnos da manhã e tarde. É administrado pela Secretaria Municipal de Saúde. Conta com uma equipe multiprofissional que, através da proposta de atuação interdisciplinar, busca a realização de ações que minimizam as dificuldades e estimulam as potencialidades de cada pessoa em seu contexto.

Entre as atividades desenvolvidas nesses serviços sobressaem-se os grupos terapêuticos, realizados sob a condução de um técnico do serviço (profissional de saúde com formação universitária), podendo ocorrer os grupos entre usuários ou grupos específicos com seus familiares. Outras atividades são as consultas

individuais, as visitas domiciliares, atividades externas e profissionalizantes com vistas à geração de renda e à reabilitação psicossocial.

Enquanto CAPSad 24h, o serviço realiza o acolhimento noturno, diante de situações de risco social ou de recaída do uso, bem como casos que necessitem de uma permanência no serviço. Nessa modalidade de atendimento, o usuário passa até 14 dias seguidos no serviço, onde também irá dormir no período noturno sendo acompanhado pela equipe específica para esta modalidade de atenção.

O CAPSad 24h de Maceió possui 14 leitos (camas onde dormem durante a estadia no serviço) em suas instalações sendo sete masculinos, cinco femininos e dois infanto-juvenis para acolhimento de pessoas em crise aguda na modalidade 24 horas podendo esse prazo ser estendido, quando necessário e acordado pela equipe. Além desses leitos, detém a regulação de seis leitos para desintoxicação decorrente do uso de álcool e outras drogas, num hospital geral de um município vizinho.

### **3.3 Sujeitos participantes da pesquisa**

Foram entrevistadas pessoas usuárias do serviço que passaram pelo acolhimento noturno e permaneceram frequentando o serviço após a alta desse tipo de acolhimento.

Em relação aos sujeitos da pesquisa, foram critérios de inclusão: ter passado pelo acolhimento noturno, estar em acompanhamento atual do serviço, ter mais de 18 anos, aceitar de livre e espontânea vontade participar da pesquisa, comparecer à realização da mesma e ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram critérios de exclusão: Os usuários que não estavam presentes no serviço durante a visita e abordagem da pesquisadora.

O número de entrevistados foi definido pela saturação dos dados obtidos nas entrevistas e registros de observações e notas de campo, totalizando 12 participantes (FONTANELA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012).

### **3.4 Produção de informações**

#### **3.4.1 A Aproximação dos sujeitos**

A aproximação dos sujeitos para a produção de informações aconteceu a partir de visitas subsequentes ao serviço, após obtenção da autorização formal por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e da aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Na primeira delas foi apresentada a pesquisadora e a proposta de pesquisa à coordenadora do serviço, em sequência, ocorreu aproximação com os trabalhadores e usuários do serviço, momento onde foi realizada uma breve explanação sobre a pesquisa e realizado o convite para a participação destes últimos na pesquisa, através de entrevistas.

#### **3.4.2 A coleta de dados**

##### **3.4.2.1 Entrevistas**

As entrevistas ocorreram em salas disponibilizadas pela instituição onde a privacidade e o conforto dos participantes foram assegurados.

Para a otimização da obtenção dos dados foi utilizado durante a entrevista um roteiro semiestruturado com perguntas relacionadas ao objeto de pesquisa para orientar as entrevistas, os áudios resultantes das mesmas foram gravados em aplicativo específico de aparelho celular SAMSUNG NOTE ®.

Minayo (2010) descreve a entrevista como uma fonte de informação que favorece a obtenção de dados como fatos, ideias, crenças, opiniões, sentimentos, maneiras de agir ou comportamentos. Acrescenta ainda que a entrevista deve fornecer conteúdos que elucidem a pergunta da pesquisa bem como devem ser discutidos temas inerentes aos objetivos propostos pelo estudo. A entrevista nesta pesquisa foi importante fonte de informações ao tempo que aproximou pesquisador e entrevistado permitindo a percepção dos conteúdos não verbais que fortaleciam ideias e falas dessas pessoas.

### 3.4.2.2 Observação Sistemática

Outro instrumento utilizado durante a entrevista foi um roteiro de observação sistemática, que facilitou o registro dos conteúdos não verbais expressos pelo entrevistado, bem como de outras informações relevantes ocorridas durante a entrevista, como expressões faciais significativas, choro e alegria ao falar sobre determinados temas. Esses registros foram feitos inicialmente de próprio punho após finalização cada entrevista à medida que a pesquisadora sentia a necessidade de registrar suas observações, posteriormente foram digitados na íntegra e compilados em uma tabela síntese, esses dados permitiram uma melhor compreensão dos conteúdos expressos pelos sujeitos por descrever gestos, posturas e expressões faciais que ocorreram durante as entrevistas.

O material foi utilizado na apresentação dos sujeitos da pesquisa e para contextualizar algumas falas ao longo do texto, foram sempre identificadas pelas letras OS (Observação Sistemática) após a descrição utilizada.

### 3.4.2.3 As notas de campo

Para os registros de impressões pessoais da pesquisadora nas observações das rotinas do local, descrição de cenas relevantes e demais ocorrências durante as visitas foi utilizado também um roteiro de notas de campo que foi preenchido pela pesquisadora a cada ida ao serviço.

Tais registros foram feitos a próprio punho com o auxílio do roteiro de notas de campo e em seguida consolidados após sua digitação. Esse conteúdo foi utilizado nos resultados da pesquisa para auxiliar a análise das categorias por contribuir no entendimento das falas. Aparecem no texto, identificados pelas letras NC (nota de campo) após os respectivos registros.

As notas de campo têm se consolidado enquanto uma fonte importante de registro de informações e obtidas nas pesquisas. Favorece a construção de sentidos e facilita a descrição de pessoas ou cenários sejam eles reais ou simbólicos. O notas de campo se mostra ainda como uma ferramenta de favorecimento à

experimentação e que não se resume apenas à transcrição de conteúdo à medida que força o pesquisador a refletir sobre a experiência que registra (DIEHL, 2006).

Nessa pesquisa contribuiu para o tratamento e análise dos dados pois permitiram a captação de dados complementares aos dados obtidos mediante entrevista.

### **3.5 Tratamento e análise dos dados**

Para o tratamento e análise dos dados, os áudios das entrevistas foram transcritos na íntegra pela própria pesquisadora e, leitura cuidadosa das informações ocorreu de forma paralela à realização das demais entrevistas. Assim, tendo chegado ao ponto de saturação na análise dos dados obtidos, interrompeu-se a realização de entrevistas por serem considerados suficientes à pergunta da pesquisa os dados obtidos com a realização de 12 entrevistas, uma entrevista realizada para cada sujeito. Na transcrição das falas os nomes das pessoas e de instituições foram alterados para assegurar a confidencialidade do processo.

O fechamento amostral por saturação de dados encerra a inclusão de novos participantes na pesquisa e ocorre quando o pesquisador considera que as informações coletadas começam a se repetir ou se tornam redundante entre o conteúdo já obtido. Essa avaliação, que parte do pesquisador, tem a sua subjetividade, que pode ser criticada em pesquisas quantitativas ao tempo em que se mostram necessárias nas pesquisas qualitativas, sendo a subjetividade através da análise e crítica uma das formas de participação do pesquisador em seu estudo (FONTANELA; MAGDALENO JÚNIOR, 2012). Dessa forma, nesta pesquisa encerrou-se a realização de entrevistas com outros sujeitos a partir da repetição dos conteúdos nas falas dos mesmos.

Após a transcrição na íntegra de todas as entrevistas, os dados foram tratados, ocorrendo edição das falas, retirando-se os termos desnecessários à compreensão do conteúdo principal bem como as expressões repetidas e que em nada acresciam sentido às falas. Após esse tratamento, obteve-se o essencial das falas, reduzindo o volume do texto para as palavras que guardavam sentido nas falas dos entrevistados (TURATO, 2003).

Após esse tratamento inicial, realizou-se a análise de conteúdo, etapa que se propõe a explicar o sentido contido nas falas que constroem significados a partir da repetição de certos termos e do andamento do discurso (BARDIN, 2011).

Em seguida a esse processo de edição, foram impressos os extratos das falas de cada entrevistado, e esse material foi utilizado na validação dos dados juntamente com os impressos das transcrições na íntegra de cada entrevista dos participantes. Para assegurar que não houvesse censura ou alteração de sentido no conteúdo transcrito e editado, a pesquisadora retornou ao local da pesquisa e convidou os participantes a realizarem a leitura do material produzido e impresso a fim de que pudessem confirmar se o conteúdo transcrito utilizado na pesquisa condizia com o que foi expresso no momento das entrevistas.

Essa atividade ocorreu na sala de grupos do CAPS a leitura foi feita de forma individual e ao surgir qualquer dúvida a pesquisadora, junto ao entrevistado a esclareceria, dirigindo-se a um consultório com o respectivo usuário que trouxesse algum questionamento sobre o material. Ocorreu em dois momentos: de manhã com oito dos entrevistados que se encontravam no serviço e da mesma forma em outra manhã com quatro dos entrevistados que não estavam presentes no primeiro momento de validação. Todos confirmaram após a leitura do material oriundo de sua respectiva fala que o conteúdo editado estava de acordo com o que foi dito nas entrevistas, não sendo necessária a exclusão de nenhum dado coletado ou de abordagem individualizada para esclarecimento de dúvidas em ambiente que favorecesse maior privacidade. Neste momento os participantes da pesquisa frequentavam o serviço diurno ofertado pelo CAPSAD 24h.

Após a validação dos dados, procedimento exigido como protocolo para publicação da pesquisa, foi feita a etapa de exploração do material momento em que foram realizadas várias leituras e identificadas as categorias a partir das próprias falas. E por último, as categorias foram identificadas e comprovadas, interpretadas e analisadas, a partir das literaturas fundamentadas nos referenciais teóricos escolhidos.

Tratar um material é transformá-lo de estado bruto numa possível representação de conteúdo. Os conteúdos de maior proximidade, que guardam correlação, foram agrupados à medida que compartilhavam aspectos semelhantes e se repetiam nos discursos. Assim foram surgindo as categorias de análise (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) descreve a técnica de análise de conteúdo como sendo constituída por três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa o material a ser analisado é organizado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se de uma organização formada por quatro etapas: (a) leitura flutuante, momento de primeiro contato com os documentos da coleta de dados, início do conhecimento do texto; (b) escolha dos documentos, que é a definição do que será analisado; (c) formulação dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de trechos de texto nos documentos de análise.

A segunda etapa ocorre com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização das unidades de contexto nos documentos. Possibilita a descrição analítica sendo a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. A terceira etapa diz respeito ao tratamento dos resultados através de interpretação; ocorre nela a compilação e o realce das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Os núcleos temáticos vão sendo formados à medida que surgem conteúdos similares ou diferentes a cerca de um mesmo tema, o que permite reflexão da problemática da pesquisa diante dessas variações (MINAYO, 2010).

Nesta pesquisa, os conteúdos das transcrições associados aos registros obtidos através dos roteiros de observação sistemática (para a entrevista) e de notas de campo foram analisados, segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin

(2011) e utilizados os referenciais teóricos da proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2011); de tecnologias leves do cuidado de Merhy (2004) e de tecnologias relacionais abordadas por Ayres (2005), com foco no acolhimento.

### **3.6 O Referencial Teórico**

Como referenciais teóricos foram adotados os princípios da Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2011), a concepção de tecnologias leves do cuidado de Merhy (2004) e Ayres (2005), com foco no acolhimento.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Elaborada em conformidade com as diretrizes do CONEP/MS, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) através da Plataforma Brasil, com aprovação através da emissão do parecer consubstanciado nº: 937.076.

A observância dos aspectos éticos tem por objetivo: proteger os sujeitos, o objeto de estudo e, em consequência, o pesquisador.

Segundo o código de ética de enfermagem, em seu capítulo III, no campo: “Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica”, discorre-se dentre as responsabilidades e deveres do enfermeiro:

Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação;

Art. 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa;

Art. 91 – Respeitar os princípios de honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação de seus resultados;

Art. 92 – Disponibilizar os resultados da pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral;

Art. 93 – Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.

O presente trabalho atendeu aos dispositivos ora mencionados no Código de Ética do Enfermeiro. O mesmo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, de

acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e dispõe sobre princípios como: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi um instrumento utilizado antes de cada entrevista, a fim de garantir a autonomia dos sujeitos nela envolvidos. O mesmo foi escrito de forma clara e acessível, foi apresentado aos sujeitos e lido junto com estes, a fim de dirimir quaisquer dúvidas que ainda restem após a leitura dos esclarecimentos nele contidos.

Segundo a Resolução 466 de 12/12/12, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é: “Documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento”.

Foi garantido que a pessoa convidada a participar se dispusesse de livre e espontânea vontade, após ter entendido de forma clara todos os riscos e benefícios a que se sujeitou ao participar do estudo. Desse modo, assegurou-se o cumprimento aos princípios da beneficência e não maleficência uma vez que foi explicitada a intenção do pesquisador na realização do estudo, na busca por fazer o bem e não causar intencionalmente nenhum dano.

As explicações acerca do estudo esclareceram a pessoa, também, acerca da busca pela garantia dos outros princípios éticos pertinentes: não maleficência, beneficência e justiça, que foram ressaltados nos esclarecimentos aos sujeitos de modo que estes percebessem seu atendimento na pesquisa.

A identidade dos sujeitos participantes foi preservada, utilizaram-se as letras E seguidas de numeral (E1, E2, E3... E8) de acordo com a ordem da realização da entrevista, para denominar os entrevistados. Nomes fictícios também foram atribuídos aos profissionais mencionados nos discursos. Os hospitais psiquiátricos tiveram seus nomes representados por HP1, HP2, HP3 e assim por diante à medida que foram citados nos discursos e as comunidades terapêuticas citadas não foram identificadas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da realização dessa pesquisa foi possível conhecer os sujeitos participantes e mais profundamente suas vivências de acolhimento noturno em atenção psicossocial. Ao tempo que favoreceu a compreensão das relações interpessoais entre usuários e trabalhadores do serviço, com destaque para os profissionais de enfermagem.

Com vistas à apresentação e discussão dos resultados, nesta etapa são apresentados os sujeitos participantes, em seguida os núcleos temáticos com as suas respectivas análises à luz dos referenciais adotados.

### **4.1 Os sujeitos participantes**

De forma geral, foram entrevistadas doze pessoas, entre 24 e 57 anos de idade, cinco eram mulheres e uma encontrava-se gestante. Quanto à escolaridade a maioria não concluiu o primeiro grau e apenas três afirmaram ter concluído. Quanto à ocupação, onze não exerciam, no momento da entrevista, qualquer atividade laboral, apenas uma trabalhava de forma autônoma com artesanato. Em relação ao estado civil, seis eram solteiros, quatro mantinham-se em união estável e um era divorciado. No que se referiu à moradia, metade dos participantes encontravam-se em situação de rua e, dentre esses, dois dormiam em albergues, a outra metade residia em domicílios, em bairros da periferia em companhia de familiares. Todos tinham baixa renda.

Na pesquisa de Horta et al (2011) sobre o perfil de pessoas que buscavam ajuda em um CAPSad, 95 usuários do serviço foram entrevistados e desses, 51,6 % tinham entre 20 e 30 anos, 82,1 % eram do sexo masculino, 56,8% não haviam concluído o 1º grau, 72,6% não tinham ocupação regular e 64,2% eram solteiros.

No que se refere aos serviços pelos quais já foram atendidos, todos relataram ter passado por mais de uma vez no atendimento de acolhimento noturno no CAPSad 24h estudado.

Em relação aos serviços complementares, sete já haviam passado por comunidades terapêuticas, quatro por internamento em hospitais psiquiátricos, três por serviço de Alcoólicos Anônimos e apenas dois referiram não ter procurado outro tipo de serviço.

Em relação à droga consumida, 08 dos participantes do estudo buscaram o serviço por apresentarem necessidades decorrentes do uso de crack e 04 em decorrência do uso prejudicial de álcool.

Estudo realizado por Oliveira et al (2015) com 567 pessoas atendidas em CAPSad de uma cidade brasileira revelou que, 51,3% buscaram o serviço em decorrência de problemas relacionados ao uso de crack e 48,7% pelo uso do álcool.

De forma individualizada, os registros de observação sistemática (OS) colhidos durante a realização da entrevista permitiram que fossem evidenciados dados de cada entrevistado (E), como descritos a seguir:

E1 tem 31 anos e estudou até a 3ª série do ensino fundamental, solteiro, é ajudante de mercadinho, mora com a mãe, irmã e o padrasto no bairro do Feitosa em Maceió, o uso abusivo de álcool foi o motivo pela busca do serviço de acolhimento noturno, pelo qual passou duas vezes.

Foi convidado pela pesquisadora para participar da pesquisa quando estava conversando com outros usuários do serviço, mesmo assim, aceitou imediatamente, e sem hesitação, fornecer a entrevista. Durante a mesma, manteve pouco contato visual e demonstrou certa timidez, respondeu de forma breve, gaguejou algumas vezes durante sua fala, não fez perguntas sobre a pesquisa e referiu ter compreendido as informações que lhe foram dadas. Em outra ocasião, no decorrer da pesquisa, já cumprimentou e perguntou: “Fui o primeiro a participar, não fui?” Sorrindo e aparentando orgulho de ter sido o primeiro entre os demais usuários a participar. Quando era feito o convite a outras pessoas estimulava a participação.

E2, com 24 anos de idade, estudou até a 4ª série, solteiro, com um filho, auxiliar de mecânico, desempregado, vivendo na rua, sozinho, na região do poço. Apresentava problemas relacionados ao uso de crack, já havia passado pelo serviço

de acolhimento noturno quatro vezes. Vivenciou tratamento em duas comunidades terapêuticas e em dois hospitais psiquiátricos, sendo uma das internações nesses hospitais contra a sua vontade. Aceitou participar da pesquisa, estava observando colegas que jogavam sinuca antes de ser convidado pela pesquisadora. Não apresentou dificuldades na compreensão e participação da entrevista, possuía fala contínua, demonstrando segurança, manteve contato visual a maior parte do tempo.

E3, com 32 anos, casado, estudou até o 1º ano do ensino médio, no momento da entrevista morava com sua companheira, foi casado outras três vezes, tem 03 filhos, mas disse não manter contato com os mesmos. Já trabalhou como vidraceiro, químico de piscina, forrador de PVC e pescador de alto mar, no momento não possuía ocupação. Além do acolhimento noturno neste serviço, já havia sido internado por duas vezes em comunidades terapêuticas. Estava no posto de enfermagem conversando com enfermeira e técnica de enfermagem, ao ser convidado, aceitou de imediato dizendo *“Eu quem inaugurei o 24 horas (CAPS)”*. Durante a entrevista permaneceu a maior parte do tempo mexendo num copo de plástico arrastando-o e virando-o sobre a mesa enquanto falava. Demonstrava tranquilidade, falava devagar, não mantinha o contato visual na maior parte da entrevista, mantendo o olhar para o copo que manuseava. Demonstrou compreender todas as perguntas, não levantou nenhuma questão. Durante seu relato, na parte em que contou como voltou a se relacionar com sua família, se emocionou, chegando a chorar, mas, prosseguiu a entrevista afirmando que: *“a gente não chora só de tristeza não, a gente também chora de alegria”*. E reforçou o quanto foi importante para ele a reconciliação com sua família. Reforçou ser de extrema importância a abordagem aos familiares pelos profissionais do CAPS ad 24h.

E4, 36 anos, mora com seu parceiro, estudou até 5ª série. Já trabalhou como manicure e referiu como ocupação ser “do lar”, não tem filhos. Passou pelo acolhimento noturno duas vezes. Nunca passou por outro tipo de tratamento além do oferecido no CAPS AD 24h, o motivo da busca pelo tratamento foi o uso abusivo de crack.

Aceitou participar da entrevista sem resistência, respondeu de forma clara a todas as perguntas demonstrando ter compreendido todas as questões e o propósito da entrevista. Teve fala contínua, com gírias, manteve o contato visual durante a maior parte da entrevista. Ao final, disse que se sentiu muito bem em ter conversado e que gostaria de ter mais momentos como esse.

E5, 42 anos, divorciado, tem o 1º grau completo, artesão em atividade. Referiu apresentar problemas relacionados ao uso de álcool, além do CAPSad24h, procurou ajuda no AA, hoje divide a casa onde mora com a sua ex-mulher. Passou pelo serviço de acolhimento noturno duas vezes.

Estava deitado em um banco do refeitório, aceitou prontamente participar da entrevista, aparentava tranquilidade, falava de forma calma com linguagem contínua e um pouco formal, demonstrou compreender as perguntas, não questionou sobre a entrevista. Durante a realização da mesma, folheava um livro de variedades sobre a mesa, por vezes parava e mostrava algo que lhe chamava a atenção no livro, desconcentrando-se da entrevista. Fez isso duas vezes durante toda a conversa. Respondeu a todas as perguntas.

E6, 57 anos, solteiro, 1º grau incompleto, caminhoneiro afastado das atividades, vive na rua e dorme em um Albergue no bairro da Pitanguinha. Sofre com a dependência do álcool. Não mantém convivência com familiares, passou pelo internamento em comunidade terapêutica, participou do AA e passou duas vezes pelo acolhimento noturno do CAPSad 24h, local que passou a frequentar na modalidade de atendimento diurno.

Aceitou prontamente participar da entrevista, foi muito solícito durante todo o desenvolvimento da mesma. Demonstrou compreender as questões e o objetivo da pesquisa. Apresentou fala contínua, aparentou estar confortável com a abordagem, manteve contato visual. Durante a entrevista relatou desafeto com a família desde a morte de seu pai, fato que lhe trouxe muito sofrimento e afastamento de seus irmão e mãe. Contou do reencontro que teve com a mãe e da alegria que teve em revê-la. Relatou ser muito cuidadoso com sua higiene pessoal e vestimentas, demonstrou sentir-se orgulhoso por isso e reforçou relatando que sempre era um dos escolhidos

para ir aos eventos externos do CAPSad 24h, disse ser bem-educado e que isso era reconhecido pelos profissionais do serviço.

E7, 30 anos, solteiro, estudou até a 7ª série, já trabalhou como servente de pedreiro, mas no momento referiu estar “parado”. No momento da entrevista morava com um primo e tio. Em decorrência do uso do crack chegou a morar na rua, passou por internações em comunidades terapêuticas e pelo acolhimento noturno no CAPSad 24h quatro vezes, estava frequentando o serviço na modalidade diurna.

Perguntou a pesquisadora se o havia chamado, se apresentou e a acompanhou ao consultório para a realização da entrevista. Estava inquieto, um pouco agitado, falava rápido. Disse que gostava de correr, para diminuir a ansiedade. Respondeu a todas as questões, manteve humor estável apesar de ter respondido e falado sempre de forma acelerada.

E8, 51 anos, divorciado, 1º grau completo, motorista e vendedor, não exercia , no momento da entrevista, nenhuma das profissões referidas ou outra ocupação que lhe gerasse renda, era assistido pelo albergue situado no poço. Estava em tratamento pelo uso abusivo de álcool no CAPSad 24h. Nesse serviço, passou três vezes pelo acolhimento noturno.

Sorria sempre ao responder as perguntas, estava próximo à televisão quando convidado a participar da pesquisa, aceitou sem interposições. Durante todo o seu relato demonstrou satisfação com o tratamento no CAPSad 24h. Relatou com pesar a perda de um amigo pelo uso abusivo de álcool, mesma causa que o levava a buscar tratamento no serviço. Fez muitos elogios ao serviço, respondeu de forma breve às perguntas.

E9, 42 anos, solteira, estudou até a 4ª série, doméstica, vivia com a mãe e o padrasto no momento da entrevista. Ficou em situação de rua, passou por comunidades terapêuticas e internação em hospital psiquiátrico por problemas decorrentes do uso do crack. Passou duas vezes pelo acolhimento noturno, numa delas estava na “Crackolândia” de Maceió, espaço dos grandes centros urbanos onde ocorre o uso coletivo da droga (MACRAE, TAVARES e NUÑES, 2013).

Fala do relacionamento com E7, respondeu a todas as questões sem apresentar dificuldades, demonstrou muita satisfação por estar no serviço, em seus relatos falou sobre sua vontade de parar de usar drogas. Contou sobre experiências anteriores em comunidades terapêuticas, fez careta ao falar de lá. Trouxe ainda relatos de sua vivência na rua, o resgate, referido por ela, enquanto estava na “Cracolândia” pelos profissionais do serviço. (OS)

E10, 32 anos, vivia com parceira, estudou até o 2º ano do ensino médio, cantora, cantava em barzinhos. Estava em situação de rua com sua parceira. Passou duas vezes por comunidades terapêuticas e quatro vezes pelo acolhimento noturno do CAPSad 24h para o tratamento do uso abusivo de crack.

Solicitamente respondeu às questões da entrevista, demonstrou compreender bem o objetivo da pesquisa, falou sobre sua profissão, pois cantava e tocava violão em barzinhos, falou do seu relacionamento com E11. Disse que gostava muito do serviço e dos profissionais e que eles gostavam dela.

E11, 31 anos, vivia com parceira, tinha ensino médio completo, do lar, estava com sua namorada (E10) em situação de rua. Afirmou nunca ter passado por outro tipo de tratamento além do oferecido pelo CAPSad 24h em decorrência do uso de crack, referiu estar no 5º mês de sua gestação.

Um pouco introspectiva, respondeu a todas as perguntas sem dificuldades, relatou que é “*na dela*” que não ficava no meio de todo mundo. No momento da entrevista estava gestante, durante a entrevista demonstrou ter receio de alguns outros usuários. Diz que não conseguia morar em sua casa de onde saiu quando que sua mãe faleceu, desde então vivia na rua pois, a casa lhe trazia lembranças da mãe.

E12, 25 anos, solteira, estudou até a 5ª série, não trabalhava no momento da entrevista, morava na rua, sozinha. Passou por atendimento em comunidades terapêuticas e três vezes pelo acolhimento noturno do CAPSad 24h para o tratamento do uso do crack. Afirmou ter feito formação em serigrafia, corte e escova entre outros.

Aparentou estar impaciente no pátio antes de ser convidada para a entrevista, encontrava-se sentada com uma caixa de papelão no colo, fazia dobraduras em papéis para artesanato, quando convidada, disse: “*vou para ver se melhora*”. Permaneceu com caixa de papelão no colo fazendo as dobraduras de papel durante toda a entrevista, falou de forma desinibida, sempre com pastilha na boca, destacou seu vício por cigarro e o quanto a nicotina lhe causava dependência. Disse que alguns profissionais referem que ela fala com deboche, ressaltou que era a sua forma de falar. Apresentava cicatrizes nos braços, segundo a mesma foi pela agressão que sofreu na rua por não pagar dívidas pelo uso do crack.

## **4.2 Os núcleos temáticos**

Através da utilização do roteiro semiestruturado de entrevista e a partir da leitura fluente do registro das falas obtidas nas entrevistas, complementada pelas notas de campo e da observação sistemática, emergiram quatro temas que possibilitaram compreender a vivência do acolhimento noturno no CAPSad 24h. Quais sejam: 1) A percepção da necessidade de ajuda, 2) A recepção no serviço, 3) A permanência no acolhimento noturno em CAPSad 24h e 4) A enfermagem na atenção às pessoas em acolhimento noturno. Estes temas foram discutidos através dos referenciais de Reabilitação Psicossocial proposto por Saraceno (2011) e as tecnologias relacionais de Merhy (1994, 1999, 2002, 2004 e 2007) e Ayres (2001, 2004 e 2005).

### **4.2.1 A percepção da necessidade de ajuda**

Esse eixo temático diz respeito aos motivos e circunstâncias das pessoas entrevistadas, cujo estado extremamente crítico as levou a perceber a necessidade de buscar ajuda no CAPSad 24h. Ainda que não representem a totalidade das pessoas que consomem substâncias; sua fala corrobora com a afirmativa de que não estão irremediavelmente submetidas a exigência da droga ou incapazes de autodeterminação (MACRAE, TAVARES E NUÑES, 2013)

Foram referidos com maior frequência: a perda de controle sobre o uso da droga, os problemas trazidos pelo uso de substâncias e estar em situação de rua. A procura pelo serviço se deu por iniciativa própria, por influência ou pedido da família

e por encaminhamento dos profissionais dos serviços de consultório na rua e do próprio CAPSad 24h.

Nos relatos sobre a procura pelo serviço de acolhimento noturno os entrevistados descreveram uma frequência de uso constante de drogas, que vinha produzindo danos à medida que os mesmos não conseguiam mais ficar sem a substância, nesse momento, relataram ter percebido a necessidade de ajuda, conforme as falas abaixo:

*[...] eu estava bebendo direto, desde natal, aí eu bebia todo dia. Todo dia bebendo, eu percebi que precisava de ajuda. (E1)*

*Eu estava demais na droga, eu e o meu parceiro. Eu não consegui me controlar mais, não tive limite. (E4)*

*Eu já não tinha mais força, no controle sobre a droga, tinha chegado já na fossa do poço, considerado fraco então estavam inaugurando esse 24 horas (CAPS). (E3)*

*Eu estava muito debilitado, porque eu não estava mais aguentando a vida que eu estava levando, não tinha controle sobre a bebida. (E6)*

*Eu estava muito em uso, o crack, maconha, cachaça, estava usando demais. (E7)*

*Tive uma recaída muito grande, fiquei seis meses em uso. Sem vir no CAPS. (E9)*

*Eu ficava muito tempo em uso do crack. (E10)*

Este padrão de uso mostra-se prejudicial, pois evidencia o desenvolvimento de tolerância, esforço ineficiente em reduzir ou controlar o uso e a presença de sinais e sintomas de abstinência (HENRIQUES et al 2013, VIEIRA et al, 2010).

O reconhecimento de usar a droga de forma intensa e a perda do controle sobre o uso, contribuíram para a tomada de consciência da necessidade de ajuda e levou parte dos entrevistados a buscarem por conta própria o serviço:

*[...] eu percebi que precisava de ajuda. Escolhi vir aqui [...]. (E1)*

*Decidi vir, eu já estava consciente de que precisava de internamento e de tratamento [...]. (E2)*

Ao relatar sobre sua busca ao serviço E5 destacou que sentiu a necessidade de mudar a situação em que se encontrava, de ser recebido e permanecer no acolhimento noturno e referiu-se também ao serviço como um local de internamento:

*O que me levou a decidir foi a vontade de viver, não foi porque ninguém me obrigou a decidir não, foi porque eu tive vontade de reviver[...] quando eu recaí, eu tive a necessidade de ficar interno, eu senti a necessidade. (E5)*

Nota-se nestas falas, que mesmo não sendo a proposta nem a terminologia usada pelo CAPSad 24h, a percepção do tratamento enquanto internação está presente no entendimento das pessoas entrevistadas. Provavelmente seja devido a permanência exclusiva no serviço em local e com processos de trabalho que se assemelham ao de uma unidade hospitalar, ainda que em curto período, aberto a visitas e participação em atividades grupais externas.

Na fala de E6 e E10 a ida ao serviço, por vontade própria, é encarada como uma oportunidade:

*Vim pela minha própria vontade, me indicaram, eu procurei, me aceitaram. (E6)*

*Eu pedi, eles me encaminharam para a psiquiatra e eu fiquei, 15 dias. Foi a oportunidade que eu tive né? (E10)*

Durante a entrevista observou-se tanto E6 e E10 demonstraram notória gratidão aos profissionais pelo tempo que passou em acolhimento noturno no serviço (OS).

A pesquisa nacional sobre o uso do crack realizada em 2014 no Brasil observou um baixo acesso aos equipamentos disponíveis para a atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, apesar da grande parte dos usuários terem afirmado desejar se tratar para o uso de drogas (BASTOS; BERTONI, 2014). O que justificaria a gratidão dos entrevistados pelo acolhimento no serviço, comumente expressa nas falas.

A percepção de uma forma de uso danosa, geradora de muitos e distintos prejuízos, levou os entrevistados a procurar o CAPS ad 24h, dentre eles: perdas afetivas e materiais, solidão, a falta de apoio e diante de situações difíceis, não ter o que comer, sofrer depressão e ter vontade de acabar com a própria vida, como relatados a seguir:

*A dependência do crack estava me trazendo muito prejuízo, de dinheiro, saúde, materiais, físico, tudo [...]. Horrível! Fiquei depressivo eu entrei em depressão. [...] no começo do meu vício eu tentei me suicidar duas vezes [...]. Eu fiz muita besteira, vendi tudo de dentro de casa, vendi a minha moto, deixei mulher, deixei mãe, abandonei a vida [...]* (E2)

Para Azevedo e Teixeira (2011), a condição de dependência que vai se estabelecendo, somada à perda do controle sobre o uso gera comprometimento das habilidades sociais, como de enfrentar as situações difíceis; contribuindo com prejuízos físicos e emocionais, ao ponto de desenvolver ideação suicida. E7 descreve a condição vivida,

*A família se afastando, os amigos, a comunidade foge da pessoa, se afasta. Aí o cara vai ficando triste, sozinho, me vi dentro de um buraco. Não tinha mais nada para eu me segurar, nem família nem amigo, nada [...] eu me acordei um dia e não tinha nada para comer, tive que catar lixo, comer pão do lixo.* (E7)

Quando relacionado ao crack, o uso contínuo pode durar dias, período onde a pessoa deixa de realizar suas atividades de vida diária como alimentar-se, dormir, cuidar de sua higiene, perdendo o interesse por sua aparência física, usualmente esse ciclo de uso ininterrupto só cessa quando o a droga fica indisponível ou quando o usuário é acometido por exaustão física (BASTOS, 2013).

Para Vieira et al (2010), muitos são os danos acumulados diante do consumo de drogas, entretanto, seus malefícios muitas vezes são apenas percebidos com a instalação da dependência física e ou psíquica da substância em questão e quando essa dependência provoca a desagregação dos seus contextos sociais.

Na fala de E4 percebeu-se além do prejuízo material a vergonha até mesmo em pedir ajuda à própria família:

*Eu tinha muitas coisas: fogão, geladeira, sofá, tudo eu dava fim, dessa vez eu vi que cheguei ao fundo do poço e não pedi à minha mãe ajuda com vergonha [...].*  
(E4)

Já na fala de E3, observa-se a percepção da relação do uso da droga com o afastamento da família, com as diferentes perdas, pois apesar de ter chegado a pensar que não havia mais saída para o problema do uso abusivo da droga, viver tal condição trouxe aprendizado, afirma

*Foi tudo ilusão, passou, deixou sequelas, e quando eu vim olhar já tava afundado, já tinha destruído família [...] não tinha mais jeito, para mim o jeito era só a morte[...]você perder tudo, que você construiu em tantos anos, não teve melhor professor do que a droga e a rua não.* (E3)

Em estudo realizado por Vieira et al (2010), com usuários de CAPSad mostra que todos tinham em seu conceito de droga algo desestruturador de suas vidas, o que lhes causava afastamento de amigos e familiares, bem como a perda de bens materiais.

Diante do uso de substâncias, a maior parte dos usuários entrevistados referiram conflitos familiares e conjugais e, prejuízos em seus trabalhos. Dessa forma, pode-se afirmar que o uso prejudicial traz implicações negativas nos relacionamentos sociais, seja na família, no trabalho ou nos círculos de amizade e, contribui para o desenvolvimento da violência, o que demanda sérios investimentos em políticas públicas com vistas a reestruturação desses danos (CAPISTRANO et al, 2013).

Somado a tal necessidade, é preciso considerar as evidentes condições de vulnerabilidade social em que todos os entrevistados se encontravam, seja por viver na rua, não ter perspectiva de trabalho ou não contar com apoio social. Para tanto, Macrae, Tavares e Nuñez (2013) defendem que as abordagens terapêuticas devem considerar as características farmacológicas e clínicas envolvidas no consumo prejudicial, mas fugir ao enfoque centrado apenas no produto e suas consequências e, considerar as condições de vida excludentes em que se encontram grande parte das pessoas que consomem droga de forma danosa, sobretudo em contextos urbanos. Chamam a atenção para a importância de uma estruturação social e familiar que suporte as tentativas de autocontrole e o enfrentar das dificuldades de interrupção do uso da droga.

Para E1 e E4, mesmo sendo por livre e espontânea vontade a permanência no serviço, mencionam o estímulo da família para procurarem o serviço,

*[...] ouvi falar do CAPS, aí vim aqui, minha mãe e minha irmã vieram me trazer aqui (E1).*

*A minha mãe já tinha vindo para cá, escondido de mim aí começou a conversar lá na frente com as meninas, aí foram para a minha casa e perguntarem se eu não queria vir, aí eu peguei e aceitei. Eu vim por espontânea vontade. (E4)*

A família que tem um de seus membros vivenciando um período de crise por uso nocivo de substâncias psicoativas tem seu funcionamento e estrutura alterados podendo ser todos os integrantes afetados por grande sofrimento emocional. O apoio familiar decorrente de relações bem estruturadas são aspectos necessários e que por vezes ficam comprometidos. A interação e envolvimento familiar quando positivos mobilizam positivamente a pessoa em sofrimento na batalha contra a sua dependência (MARCHI; CARREIRA; SALCI, 2013).

De outra forma, a exclusão social causada pelo abandono da família, por exemplo, pode induzir a adoção de estratégias de alto risco para a obtenção da droga (Manso, 2013). O relato dos entrevistados em situação de rua, que geralmente vivem tal condição caminha nesta direção, estão presentes os prejuízos ou comprometimento da relação familiar, violência com desfechos de mortes,

principalmente presente nos locais de compra, venda e uso de algumas drogas como o crack. Na fala de E11 percebe-se o medo de voltar a ser vítima dessa violência e o desejo por uma vida mais segura:

*Eu quero tentar uma outra vida[...] muitas mortes, na minha frente eu vi três colegas minhas morrer, duas foi de tiro e a outra foi de faca. Por conta da droga.* (E11)

*Já tentaram me pegar duas vezes porque eu não paguei.* (E12)

E12, por exemplo, apresentava várias cicatrizes em ambos os braços, segundo a mesma foi por agressões sofridas na rua por não pagar dívidas pelo uso do crack. (OS)

Nesta pesquisa todas as pessoas em situação de rua, maioria consumindo crack, apresentava sérios danos físicos e emocionais, resultado da vulnerabilidade a que estavam expostos. Macrae (2013), ao considerar as mudanças ocorridas nos últimos quinze anos, constata que,

Apesar do uso de crack ter se popularizado e estendido entre diferentes grupos sociais, os grupos sociais mais excluídos e marginalizados, como os moradores de rua, continuam a ser os mais prejudicados tanto pelo uso abusivo de crack quanto pela miséria e pelo abandono social (MACRAE, 2013: 24)

Alguns afirmam que foi o consumo da droga, que os levou à condição de viver na rua, como relatam E3 e E2

*Foi a minha escolha para a droga que me levou para a rua [...] é uma falsa forma de viver.* (E3)

*[...] Rapaz a dependência do crack, tava me trazendo muito prejuízo [como já havia afirmado anteriormente], de dinheiro, saúde, materiais, físico,tudo...[...]Quando eu vim me tocar eu estava numa calçada sem casa, sem roupa, sem calçado, parecendo um mendigo mesmo. Quando eu acordei e olhei que estava deitado em uma calçada.* (E2)

Entre as dificuldades de estar na rua, E8 relatou a escassez de comida os problemas com a saúde:

*Eu estava em situação de rua, não estava me alimentando, tendo problemas sérios com a minha saúde. Eu estava na rua já. Olha não era boa coisa. (E8)*

*Que você olha o sofrimento de rasgar um saco de lixo para comer, comer comida estragada (E3)*

Estando na rua e vivenciando situações de grandes carências os entrevistados perceberam a necessidade de buscar ajuda.

*Meu irmão, olha onde eu estou, pão no lixo que eu nunca comi...”. Aí, foi a hora que eu vim aqui pedir ajuda. Eu não queria perder a minha família assim dessa forma, de voltar para a rua, aí eu vim para aqui (E7).*

Foi o que ocorreu com E2, que, em determinado momento, acordou e constatando que estava dormindo na calçada da rua, se indagou:

[...] “Ôxe<sup>1</sup>...Eu estou fazendo o que aqui?(E2)

Para E7, o desespero, ao se perceber internado em uma comunidade terapêutica, o levou a fugir para as ruas e, posteriormente ter procurado o CAPS ad 24h, que no momento frequentava regularmente, de forma não intensiva.

*Foi o desespero mesmo, eu saí de uma comunidade e fui para rua. Aí, eu saí de lá e fui para a SEPAZ, no Jaraguá, chegando lá eu não queria me internar[...] Aí, eu vim visitar o CAPSad, aí eu tô aqui há quase dois anos e pouco já. (E7)*

E12 falou sobre sua recaída, reforçou que estar em situação de rua foi também um fator impulsionador na busca pelo acolhimento noturno em CAPSad 24h:

---

<sup>1</sup> Expressão nordestina derivada da palavra oxente, que expressa espanto ou estranheza (SCOTTINI, 2009).

*Minha recaída, comecei a fumar (crack) e acabei recaindo. E por tá na rua também, eu não gosto não, eu passei um ano na rua, mas eu não gosto muito de tá dormindo na rua. (E12)*

Neste aspecto, há que se considerar que existe um número crescente de pessoas da população geral à margem das estruturas convencionais da sociedade, trazendo como resultado o comprometimento de sua saúde física, psíquica, e conseqüentemente da sua sobrevivência. É no contexto das ruas onde muitas dessas pessoas procuram “acolhimento”, ao mesmo tempo em que se deparam com situações e comportamentos de riscos, entre estes o uso de drogas (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

Os depoimentos anteriores apontam para o fato de viver na rua expõe a pessoa ao consumo da droga, e consumir droga pode levar a viver a condição de rua.

Aos que vivem a condição de viver na rua, além da exclusão social, há o risco de vida constantemente presente em seu dia a dia. Mortes são causadas principalmente pela pobreza, violência e condição de insegurança e de marginalidade vividas, potencializadas pela ilegalidade da venda e consumo do crack (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005).

*Cheguei toda ponteada, eu não vim nem por causa dos pontos, eu vim porque eu decidi ficar. Mas se eu não quisesse, eu não teria ficado [...] (E12)*

Nesse relato, E12 destacou a sua autonomia na busca pelo acolhimento noturno no serviço, e, mesmo diante da violência sofrida na rua, reafirmou não terem sido as lesões decorrentes dessa violência o motivo principal para a vinda ao Caps.

Nas falas de E7, E8 e E12 foram notórias as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua, sendo essa vivência um importante fator de influência na busca do acolhimento noturno que por vezes é mediada por profissionais do CAPSad 24h ou do consultório na rua:

*Procurei a coordenação de rua (consultório na rua), aí resolveram. (E8)*

*O Fulano (coordenador do CAPS na época) veio e conversou comigo, se eu queria ajuda, mais uma vez, que dessa vez eu fizesse diferente, eu aceitei, aceitei não, eu tomei a decisão. Me chamaram e eu aceitei. (E3)*

*[...] Eu recai, foram me buscar, me resgataram [...] às vezes nem dormia, amanhecia o dia, me prostituindo para ganhar o dinheiro da droga[...]. (E9)*

*Vim por espontânea vontade, ninguém me pediu para me trazer, ninguém me trouxe forçado, só me disseram “olha, tem um tratamento, quer ir não olhar?” eu vim. (E11)*

Grande parte das pessoas que consomem crack vivencia condições de extrema miséria, marginalizada e sem acesso a qualquer tipo de apoio social ou cuidados em saúde (BASTOS, 2013).

Ainda que diante de uma política de desinstitucionalização, não há de maneira significativa a avaliação do sofrimento e o acolhimento das pessoas em situação de rua, que tem crescido significativamente nas últimas décadas. Essas pessoas sofrem estigmas e rótulos sociais em decorrência do consumo de substâncias e de andar pelas ruas cometendo por vezes delitos para manter o consumo (LONDERO; CECCIN; BIBLIO, 2014).

#### **4.2.2 A recepção no serviço de acolhimento noturno**

Ao chegarem ao serviço, retratam a recepção enquanto dádiva, sendo ele um momento de escuta, de acolhimento, respeito e onde o cuidado foi descrito como humanizado. O serviço de saúde nesse contexto toma para si a função de acolher, escutar e de responder de forma positiva, resolutiva, com parâmetros humanitários baseados na solidariedade e na cidadania (MOURA; SANTOS, 2011).

Diante do restrito acesso aos serviços de saúde específicos e da grande vulnerabilidade que se encontravam, por vezes na rua, o acolhimento desenvolvido no CAPS ad 24h foi descrito como o melhor dos vivenciados, sendo raras as críticas sobre o mesmo.

Os entrevistados mencionaram atendimento rápido e relataram uma boa recepção no momento de chegada para o acolhimento noturno conforme descrito na fala de E1:

*[...] foi bom, me senti bem aqui. Fui atendido, logo[...] Para mim foi bom, foi...alegria né? Passei por ele (médico), ele passou remédio, foi bom. (E1)*

É frequente nos relatos dos entrevistados quando questionados sobre o acolhimento referirem a prescrição ou administração de medicamentos entre os cuidados ofertados. Essa ação parece ser percebida como a mais importante e em alguns casos, como a única necessária. Alguns entrevistados não demonstram perceber ou entender o acolhimento enquanto processo contínuo e de ações que vão além dos cuidados biomédicos.

Para além do medicamento e do próprio acesso ao serviço faz-se necessário que na atenção interdisciplinar as ações ocorram também de forma intersetorial e que haja interação entre os dispositivos de educação, assistência social entre outros. O acolhimento e a formação do vínculo são aspectos necessários nas etapas iniciais na atenção psicossocial ao uso de drogas, nele, as singularidades devem ser valorizadas e as ações que busquem a prevenção, a promoção e os cuidados em saúde, que vão para muito além do uso da droga devem ser fortalecidas e desenvolvidas (BASTOS, 2013).

Existem fatores que precisam ser trabalhados com vistas ao aperfeiçoamento da prática do acolhimento. Emerge a necessidade de, ampliar as ações acolhedoras não as reduzindo a uma ação restrita numa prática ambulatorial (ANDRADE; SOUZA e QUINDERÉ, 2013). Tal afirmativa destaca a importância da adequação das práticas profissionais aos objetivos da RAPS dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica.

Na opinião de Camatta (2010), parte dos profissionais restringem suas práticas às necessidades fisiológicas e suas ações ficam restritas à administração de psicofármacos, prescrição ou realização de psicoterapia atendendo apenas algumas demandas dentre toda a complexidade que integra uma pessoa.

Um caminho indicado é investir na formação de vínculo entre trabalhador de saúde e o usuário destes serviços, que favoreça a responsabilização. Merhy (1994) afirma que a construção de vínculos aproxima e torna claras as relações sensibilizando o trabalhador de saúde com todo o sofrimento daquele outro, provocando intervenções menos superficiais e impessoais.

Assim, as experiências de humanização levariam ao aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e usuários, porém, mostra-se ainda necessária a observação de indicadores de resultado para o planejamento das estratégias de humanização tendo em vista que o fazer em saúde está diretamente relacionado aos diversos modos de poder (LANCETTI, 2009).

Assim, faz-se necessário estimular ações que promovam o empoderamento dessas pessoas, para que participem do planejamento e gestão do seu próprio cuidado e que as ações de cuidado não sejam restritas às práticas fragmentadas de atenção.

Os entrevistados referiram que a atenção inicial foi prestada por distintos profissionais, foram diferentes percepções acerca de acolhimento. Na fala de E2 o acolhimento é descrito como momento inicial que pode ser realizado por diversos profissionais, algumas vezes comparou aos afetos familiares:

*Sempre tem outros profissionais que atende individual, é o colhimento [...] me senti mesmo que ser minha mãe me chamando: “venha para casa”, a sensação de sentir um abraço da família. Que há um tempo já que eu não sinto isso. (E2)*

Na fala e E3, o acolhimento relaciona-se à atenção às demandas físicas e psicológicas:

*[...]. Fui atendido logo, fiz alguns exames, passei pelo atendimento psiquiátrico, psicológico, conversei bastante, com o Fulano (coordenador), com a Fulana (Assistente social) [...] (E3)*

Na atenção psicossocial para o álcool e outras drogas a recepção e acompanhamento do usuário no serviço devem seguir os princípios do SUS, de

integralidade da atenção, sendo necessário um trabalho multidisciplinar que proporcione a troca de saberes e práticas buscando a ampliação do cuidado. A acessibilidade além da integralidade são princípios fundamentais do SUS que implicam em atitude ética por parte dos profissionais que integram os serviços da rede de atenção (CRUZ; FERREIRA, 2007). Na pesquisa percebeu-se que havia atuação multidisciplinar e que as ações de cuidado mesmo humanizadas não contemplavam os princípios de reabilitação psicossocial, sinalizando assim a necessidade de transformação das práticas existentes.

A palavra acolhimento esteve presente constantemente nos discursos com inferências positivas sobre a forma como foram recebidos:

*[...] eles me atenderam bem, você se sente acolhida [...]* (E4).

*A Ciclana quem me atendeu ela é assistente social. Eu me senti acolhido.*  
(E5)

Nas falas de E6 e E8 percebeu-se grande gratidão aos profissionais e ao serviço, e foram feitas avaliações positivas do momento de chegada e permanência no CAPSad 24h.

*Eles me apoiaram me deram chão, a quem eu agradeço a minha sobriedade é ao CAPS. Em primeiro lugar a Deus e a equipe aqui do CAPS que me acolheu [...]*  
*O atendimento foi da melhor maneira possível. Fizeram um cadastro, abriram um prontuário e me acolheram da melhor maneira possível [...]*  
*Perfeito, falaram comigo, me botaram para o médico, medicamentos, me deram tudo, tudo o que um doente precisa.* (E6)

*São uns anjos (profissionais do Consultório na Rua) da guarda, são uns anjos. Aquele pessoal é tudo na minha vida. Eu amo aquele pessoal [...]*  
*senti que eu estava em casa, realmente o acolhimento aqui é cem por cento, para mim. Quando eu estou aqui eu me sinto como se eu tivesse em casa, me sinto bem [...]* (E8)

Os sujeitos foram enfáticos ao referirem gratidão ao serviço, dos cuidados oferecidos, da atuação e relacionamento com os profissionais que são denominados

como deuses e anjos. São escassas as críticas e sugestões direcionadas ao serviço, compreensível quando se consideram as vivências desumanizadas que experienciaram em outros dispositivos. Ao se conformarem com a atenção oferecida, ainda que distante dos ideais de reabilitação, os usuários abrem mão da participação na gestão do seu próprio cuidado e do serviço.

O acolhimento deve ser uma ação que favoreça a democratização da gestão do cuidado pelos próprios usuários nas decisões sobre a saúde que almejam. Nessa forma de cuidado a construção do vínculo é permitida, bem como o estabelecimento da responsabilização e do compromisso no tratamento nos diversos espaços onde ele ocorre (MERHY, 2002).

As entrevistadas E9, E11 e E12, que viveram um período em situação de rua, relataram terem sentido-se acolhidas e “à vontade” no momento da chegada no serviço.

*Foi resgate, o pessoal daqui foi me resgatar lá na cracolândia, foram lá no ponto me resgatar, entrou lá na “Cracolândia”, lá na Brejal. Eles não deveriam ter ido lá, que é barra pesada[...]. Aí eu vi o carro, soltei tudo que estava comigo, cachimbo, crack e vim embora[...]. Eu acho que umas três vezes eu já fiquei aqui acolhida (E9)*

*Me senti assim que nem um filhote, um filhote de uma cachorra sabe? Pega um filhote, pega da mãe e de repente quer voltar. Me senti voltando, me senti acolhida. (E11)*

*Eles sempre me deixaram muito bem a vontade [...] foi ótima (a recepção) porque todo mundo aqui gosta de mim. (E12)*

A abordagem que se referem E9 e E11 foi realizada por profissionais da equipe do consultório na rua. A atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ocorrer em rede, com a interação entre os distintos serviços, profissionais e saberes com a precaução de não cair na lógica do encaminhamento onde há uma fragmentação do cuidado e diluição da corresponsabilização da atenção integral (CAMPOS, DOMITTI; 2007).

Estar disponível e mostrar-se atento são requisitos indispensáveis aos profissionais de saúde e que garantem a qualidade dos serviços. Essas atitudes humanizadas possibilitam a construção junto com o usuário de caminhos e de redes sociais e de saúde que ressignifiquem as perspectivas do tratamento. Nesse contexto onde a motivação da pessoa é estimulada, o planejamento de metas para seu cuidado e organização de sua vida lhe permite vislumbrar possibilidades além da droga (MOURA; SANTOS, 2011).

Os entrevistados referiram e avaliaram como boa a recepção no acolhimento noturno, ressaltaram a palavra acolhimento como algo que foi efetivado no momento em que chegaram e foram rapidamente atendidos. Quando comparada a recepção em outros serviços por onde já passaram, a forma que foram recebidos no acolhimento noturno do CAPSad foi destacada como a melhor. Referiram sentirem-se à vontade e em família durante a recepção.

#### **4.2.3 A permanência no acolhimento noturno**

Sobre a permanência no acolhimento noturno no CAPSad 24 horas foram diversos os relatos dos usuários, alguns deles passaram mais que os 14 dias previstos pela modalidade de acolhimento noturno, outros menos tempo, por não se adequarem às normas do serviço, todos, porém, passaram mais de uma vez pelo acolhimento noturno.

Dentre os principais núcleos temáticos que emergiram das falas dos entrevistados sobre a permanência no acolhimento destacaram-se: O CAPSad 24h como família diante das relações interpessoais presentes entre os diferentes sujeitos daquele cenário; a frequente mudança de equipe profissional; os grupos como principal atividade desenvolvida no serviço e a necessidade de diversificação das atividades de cuidado realizadas.

Mais uma vez, assim como quando descreveu o acolhimento ao chegar no serviço, E2 referiu sentir-se como em uma família, ressaltou a dificuldade presente nos momentos iniciais em permanecer no CAPS ad 24h por conta da abstinência da droga e destacou a importância do tratamento farmacológico bem como do diálogo com profissionais, e do bom relacionamento com os demais usuários do serviço,

finalizou sua descrição afirmando que o serviço recebe diversos tipos de pessoa sem restrições de idade, sexo ou orientação sexual:

*Foi bem, um pouco difícil no primeiro dia porque bateu a abstinência do crack, nos cinco primeiros dias é difícil, mas, depois você esquece[...] aqui eu tinha tudo, comida, remédio para dormir e para ansiedade também. Os remédios ajudam. Aqui já melhorou muito a minha vida [...] Me senti bem, era bem tratado, conversava bastante com os profissionais, desabafava, tinha horas que no décimo dia eu já estava estourando já, aí tinha que conversar com alguém, chorar para desabafar o que estava sentindo, aí relaxava. Era um ombro amigo que me ouvia, escutava [...] era quase que nem uma família, quando chegava alguém, a gente acolhia como os outros profissionais fazem com a gente aí a gente fazia também. E cada um dava força ao outro [...] aqui recebe todo o tipo de pessoa. Não importa, pode ser velho, mulher, homossexual, entendeu? (E2)*

Assim como E2, E10 descreve a dificuldade em permanecer no serviço durante os primeiros dias em decorrência da abstinência da droga, enfatiza a atitude positiva dos profissionais diante dessas dificuldades:

*Aqui foi massa, agora houve alguns dias de abstinência, mas eu consegui levar numa boa. [...] Eu fugi um dia, e voltei no outro, foi horrível, já fiquei meio com o pé atrás, mas eles viram que eu precisava realmente de mais ajuda do que eles imaginavam. Para chegar ao ponto de fugir, me acolheram novamente [...]. (E10)*

A permanência no serviço sob a modalidade de acolhimento noturno é de escolha do usuário, que ao optar por ela deve permanecer no CAPSad 24h por um período de até 14 dias seguidos. Nessa modalidade recebe visitas e participa de atividades internas e externas realizadas pelo serviço. Mesmo não sendo a terminologia utilizada pelos profissionais, os usuários referiram em seus relatos o acolhimento noturno enquanto internamento.

No relato de E3 sobre sua permanência no serviço, destacou que sentiu-se como em uma família, demonstrou gratidão e muito reconhecimento pelos profissionais descrevendo algumas ações que foram realizadas em seu benefício como organização de sua documentação e a busca pela sua reconciliação com a

família durante o período que esteve em acolhimento noturno, fala ainda de transformações pessoais positivas entre elas o desenvolvimento da confiança nas pessoas, que havia sofrido forte interferência nos períodos de dificuldades decorrentes do uso de drogas:

*O CAPS, ele se torna uma família para você, porque comigo eles trabalharam muito, correram atrás de coisas na rua para mim, sobre a família, documentação, e comunidade não faz isso, que era para ter essas coisas [...] Me passaram confiança, eu consegui depositar a minha confiança neles, coisa que a quando a gente vai para a rua a gente não tem, acreditar nas outras pessoas [...]eu comecei a observar que eu não era mais a mesma pessoa, estava me alimentando bem, eu já estava engordando eu comecei a ser um cara mais animado, mais feliz. Aprendi a amar de novo, e aprendi a valorizar minha família, foi uma coisa de aprender a ser verdadeiro, sabe?[...] Os técnicos, alguns me passaram segurança nas suas palavras. Passou segurança e cuidou de verdade, né? Coisas que de familiares eu não tinha [...] A minha família veio, me visitou, foi como se o pedaço que estava faltando em mim, tivesse voltado, porque a minha família não acreditava, não queriam nem me ver, diante do que eu tinha feito, por conta da droga, foi bom, não só foi importante como foi necessário. Foi a atitude certa (Um dos profissionais buscou a família). (E3)*

E8 traz em sua fala, como em relatos de outros entrevistados a descrição da estadia no CAPS como “estar em casa” e “sentir-se em família”, ressaltou que o tratamento dependia da vontade de cada um, que desejava melhorar e que recebeu apoio dos profissionais para isso, finalizou falando que sentiu-se seguro quando esteve em acolhimento no serviço:

*Foi tudo normal, para mim é perfeito, não faltava nada para mim não. Medicação certa, tudo certo [...] O tratamento, isso depende muito da gente, força de vontade. É só você querer, né. E como depende da gente mesmo, o pessoal, ajuda, gosta de ajudar, aí é que a gente sente vontade de ficar aqui [...] Eu me sinto aqui na minha casa, sabe? Porque aqui foi onde eu encontrei meus amigos, a minha família.[...] a motivação do profissional. Para mim foi bom demais sabe? porque*

*quando eu tô acolhido aqui eu me sinto seguro, é quando eu mais me sinto seguro[...]. (E8)*

É a possibilidade da formação de vínculos que favorece as proximidades das relações, através das quais os profissionais da saúde se sensibilizam com o sofrimento, e responsabilizam-se pela vida, possibilitando intervenções menos burocráticas e impessoais. Assim, o acolhimento se dá de forma vigorosa, permite o encontro, a conversa, na atitude do profissional que busca singelamente reconhecer, para além das demandas explícitas, as demandas das pessoas que procuram os serviços como um espaço para construção de sua autonomia. Ao permitir e favorecer essa autonomia os profissionais favorecem um cuidado ético e empático ao sofrimento vivenciado pelo usuário marcado pela capacidade de acolhê-lo em seu sofrimento (MOURA; SANTOS, 2011).

Nas falas de E11 e E7 ficou destacada a importância do diálogo e da abordagem acolhedora às pessoas que procuram o CAPS:

*Eles (Profissionais) conversavam comigo, “E11 você tem casa mas como você está na rua o CAPS aqui vai ser a sua segunda casa. “ E me senti assim [...].(E11)*

*Eles ajudam a pessoa, conversam, tratam bem, na minha época né, o cara chega, pode tomar um banho, dão pasta, dão escova, no outro dia de manhã vem alguém da equipe, verificar a pressão, conversar com a pessoa. Manda conversar com o psicólogo, essas coisas [...] as pessoas que estavam aqui eram ótimas, tratavam a pessoa como alguém da família. (E7)*

Alguns dos usuários atendidos no serviço trazem grande gratidão pelo fornecimento de insumos mínimos para a sua estadia no serviço, frequentemente mostraram-se gratos pelos itens de higiene pessoal que receberam e às vezes pelas refeições, requisitos para o funcionamento do serviço acabam sendo vistos como produção de cuidado. A atenção no acolhimento noturno a essas pessoas deve ser vista por profissionais e pelos próprios usuários como ações que ultrapassem os aspectos clínicos e fisiológicos do cuidado e atendam às demandas integrais das pessoas.

Ao prestar atendimento clínico em regime de atenção diária pelo período máximo de 14 dias o CAPSad 24h evita a lógica da internação em hospitais psiquiátricos e deve proporcionar a inserção social das pessoas que nele são atendidas por meio de ações intersetoriais e constituem-se como porta de entrada à rede de atenção à saúde mental (VIEIRA et al, 2010).

Existem situações em que a permanência no serviço na modalidade de acolhimento noturno demanda uma estadia maior que os 14 dias determinados em portaria, esta, prevê ainda um prolongamento da permanência do usuário quando necessário, foi o que descreveu E6 ao relatar sua vivência:

*Passei trinta e três dias, para mim foi muito importante, foi um aprendizado de vida, foi marcante para mim, aqui foi tudo porque eu fui bem acolhido. Me trataram muito bem, sempre haviam reuniões, eu estava precisando de ajuda ainda e eles faziam reunião e viam “Sr E6 vai ainda permanecer porque ele ainda tá precisando, o problema dele é sério, é problema de coração, e vamos cuidar dele, vamos”. Porque aqui é como uma base de apoio [...] sobre a estadia aqui, tudo foi bem organizado, não encontrei falha. [...] eu encontrei aqui um pessoal que me ajudou.*  
(E6)

Ocorria nesse dia, em uma das salas de grupo uma reunião do conselho gestor, que segundo relatos, era uma reunião com representantes de usuários e funcionários, onde discutiam sobre as questões administrativas e outras demandas do serviço. Uma pequena parte dos usuários estava nessa reunião, os demais estavam nas demais áreas. (NC)

Ao falarem sobre suas vivências, destacaram a importância do relacionamento interpessoal sobretudo, entre os profissionais do serviço. Descrevem o acolhimento como um momento onde foram bem recebidos ou bem tratados, quando foram chamados a conversar e serem ouvidos, o que permitiu a troca de afetos:

*Eu gosto, eu gostei e gosto de ficar aqui. Eu me sinto bem, tá entendendo? Eu gosto daqui do CAPS. Eles que acolhem muito bem.* (E9)

*[...] o que contribui é o companheirismo da galera, das pessoas, que às vezes ajuda muito, te dão carinho entendeu? Que você não tem na rua. Que não recebe da família, e aqui recebe dos profissionais, dos internos, dos externos, que existem pessoas muito boas aqui. Coisa que eu não recebo em casa eu recebo aqui.[...]*  
(E12)

*[...] e quando eles chamam a pessoa para conversar, alivia, você vai conversar, vai desabafar, aí...o cara se acalma. [...] Vai para praia, a gente ia para praia ou para a Igreja. [...] O período que eu passei foi ótimo, foi uma experiência que eu nunca tinha passado né, recebi carinho das pessoas e me ajudaram muito. Atenção, carinho, amor, um abraço, tudo até mais do que a minha própria família, eles me deram eu me senti maravilhoso e até força de parar de usar. É isso que ajuda, quando tem os técnicos certos, as pessoas para conversar [...] o que ajuda é o tratamento das pessoas, o carinho que as pessoas tem por você , ainda o cuidado que tem com a pessoa, dá atenção , dá amor, dá bom dia, dá um abraço, conversar, porque a gente, por mais que a gente queira a gente, de certa forma, se sente muito carente. E eles dão mais uma oportunidade para a gente. Principalmente a noite quando a gente está internado ,eles vem e conversam com a gente, faz “ tá assim, vamos conversar” , começa a conversar e tal, dá uma força de apoio, isso ajuda a pessoa. (E7)*

A mudança de equipe com a transição de governo foi descrita como algo negativo pela maioria dos entrevistados, frequentemente nas falas eram presentes comparações onde se referiam ao “tempo” da antiga gestão, foi relatado que muitos dos profissionais com os quais os usuários haviam formado vínculo deixaram o serviço.

*[...] porque hoje já é outra equipe. Que na época que eu tava a equipe era 100% legal, hoje é difícil lidar com os novos. (E11)*

*[...] eu não troco naquela época por nenhuma época, foi a melhor época do CAPS (E7)*

E12 quando falou das atividades que participava no serviço comparou a equipe anterior e a atual:

*No internamento da Tânia (antiga coordenadora) todas (atividades das quais participava). Eu fazia questão, porque era uma coisa boa, entendeu? Que eu me sentia bem. Era aquela coisa que se você não precisasse falar você também não falava, eu não tinha distinção não. Mas hoje em dia eu só gosto de participar se for o da tia Vitória, que é para a gente fazer alguma arte, ou o de teatro que é o mais interessante que tem. (E12)*

Os frágeis vínculos de trabalho em grande parte dos serviços do SUS, e dentre eles nos serviços de atenção psicossocial destinados à atenção do uso de álcool e outras drogas, não garantem estabilidade de cargos aos profissionais e isso faz com que as mudanças de gestão acabem resultando em mudança de equipe. A constante mudança dos profissionais nesses serviços prejudica a formação do vínculo entre profissional e usuário bem como a continuidade de projetos e do trabalho desenvolvido nesses cenários (SILVA, 2013).

Silva (2013) destaca que as relações interpessoais quando valorizadas de forma positiva, promovem no ambiente de trabalho o contato entre as pessoas de forma benéfica e estimulante. Dessa forma, oportuniza a relação positiva com os outros e à satisfação no trabalho interferindo na motivação, identificação e produtividade no trabalho e/ou qualidade de vida.

Em relação às atividades desenvolvidas, no serviço, os grupos constituíram a atividade da qual os usuários mais referiram participar. Foram descritos grupos realizados pelos profissionais do serviço. Trouxeram uma boa avaliação dos grupos, mas, destacaram que seria necessário diversificar os conteúdos abordados, inovar nas práticas grupais e diversificar as atividades.

Dentre as diversas formas de intervenção no campo da atenção às pessoas em uso de substâncias, o trabalho em grupo é muito utilizado e recomendado (VENOSA, 2011).

A utilização de grupos em tratamentos como o do uso abusivo de substâncias surgiu após a segunda a II Guerra Mundial, com técnicas como as de grupos leigos a exemplo dos Alcoólicos Anônimos precederam o modo de trabalho a partir do qual pessoas com o mesmo problema são reunidas (BRASILIANO, 2008).

O atendimento em grupo com participantes que vivenciam a mesma situação facilita a identificação, a troca de confidências, particularidades e intimidades entre os membros, e possibilita à equipe de saúde conhecer as reais necessidades e anseios podendo ser trabalhado também com os familiares, facilitando o planejamento de uma assistência mais focada na família (ALVAREZ, 2012).

A realização de grupos demanda iniciativa, interesse, criatividade e conhecimento científico dos profissionais que os desenvolvem. É necessário planejamento, ter referenciais teóricos que guiem a metodologia aplicada para atender aos objetivos de cada grupo. Demanda ainda espaço que acomode de forma confortável todos os participantes e que propicie privacidade. Nos relatos, mesmo diante da avaliação positiva de alguns grupos, os entrevistados mostraram-se insatisfeitos com algumas temáticas e abordagens aplicadas na realização dos grupos. A estrutura física e seus insumos foram descritos como insuficientes diante do quantitativo de pessoas atendidas no serviço.

Nesse dia (1ª ida ao serviço) não estava ocorrendo nenhum grupo pela manhã, alguns usuários estavam jogando sinuca, outros vendo televisão no refeitório e alguns conversavam embaixo da mangueira. (NC)

E1 disse gostar do serviço, se sentir bem nele e enfatizou a participação em grupos como uma das atividades que acontecem no CAPS e não estavam presentes nos outros serviços pelos quais já passou:

*[...] Eu gosto daqui, para mim é legal [...] vou para o grupo de arte e tem grupo de educação física, vídeo, filme. Ando, depois do almoço vou dormir, tem os grupos, tomo café. Nos outros lugares não tinha atividade não. Sábado e Domingo a gente vai passear na praia. Aqui, de manhã e a tarde tem grupo e eu vou. Todo dia [...] Participo do grupo com eles (os demais usuários), jogo bola, dominó, sinuca. (E1)*

As falas de E4 e E5 reforçaram a presença dos grupos como uma das principais atividades desenvolvidas no serviço, eles também citam a medicação como um componente importante ao tratamento:

*[...] aqui tem os grupos, oferece muita medicação, eu tomei muita medicação, até hoje eu ainda tomo. Da primeira vez e dessa vez ainda tomo, para controlar a abstinência, ajudou, eu acho importante. (E4)*

*Foi bem, participando dos grupos, tomando a medicação, bem. (E5)*

*[...] Participava do futebol e de alguns grupos, mais grupo de orientação, grupo de passatempo, brincadeira eu não participava muito não. A gente já brincou tanto com vida da gente que eu acho que o que falta, o bom mesmo é tá informando. Eu coloquei isso na minha cabeça, quem se informa não se droga, porque quanto mais eu me informo que a droga me faz mal eu vou usar a droga? Eu não vou usar a droga. (E3)*

Como percebido nas falas de E3, e a seguir, nos relatos de E2 e E12 existe uma predominância para a realização de grupos entre as atividades realizadas no CAPSad 24h, percebeu-se na fala dos usuários a necessidade pela diversificação de estratégias nas realizações dos grupos e na diversificação de atividades disponibilizadas para os mesmos.

*Aqui tem as atividades, os grupos, quatro grupos por dia, tem o futebol, tem uns grupos que são interessantes mas tem uns que não são muito aceitáveis não, em mim não, porque eu estou aqui para tratar de droga, e eu vou ouvir falar de droga, droga, droga, só falando de droga, vai é dá a vontade, voltar tudo e eu quero é esquecer. Eu estou aqui querendo esquecer disso aí vem falar de crack, de maconha, se eu quisesse ficar escutando isso eu estava era na favela zoando, eu estou aqui para esquecer isso. Aqui tem muitos grupos que eu gosto. Gosto de teatro, gosto também do de física (Educação Física) que é de fazer uns alongamentos, tem outros, de conversa, assim de compartilhamento, de como foi o dia. (E2)*

Evidenciou-se nas falas de E2 e E12 que a repetição do tema sobre drogas nos grupos gera um cansaço e desmotivação em participar dos mesmos, disseram ainda que ao ser abordado com tanta frequência o tema drogas acaba por estimular o retorno ao uso de substâncias.

*[...] nem sempre a pessoa quer participar desses grupos, uns grupos que não fazem sentido. Eu sei lá, eles ficam falando “Vocês tem que esquecer a droga, tem que esquecer a droga, tem que esquecer a droga” e quando entra no grupo: “ tem que lembrar da droga, tem que lembrar da droga...” não! eu não entendo. Eu prefiro nem participar de grupo nenhum. Nem participo e também nem atrapalho [...] É um bocado de coisas bestas que eles põem [...] Os grupos são muito bons sabe? Mas eu acho que para mim são coisas que não fazem muito sentido. Tem nada a ver uma coisa com a outra. Eu não preciso tá dividindo a minha vida com todo mundo, para que eu me sinta bem. Só preciso de uma pessoa que sente e converse comigo, como você tá conversando. (E12)*

*[...] eu acho, que no lugar desse negócio de grupo, devia ter mais um afazer, um dependente químico não quer só tá falando e falando não, ele quer é fazer, ele tem que ter uma coisa para ocupar a mente dele para ele se cansar e para quando chegar em casa ele não ter a vez de já ir numa boca de fumo comparar, porque ele já sai daqui cansado. (E4)*

Nas falas percebe-se a necessidade da diversificação das atividades realizadas no serviço e também a dinamização de alguns grupos já existentes:

*[...] todos os tipos de grupo, muitos grupos acabaram mas tinham uns grupos bons a noite, aliás, todos os grupos são bons né, eu gosto, tem aquele, palavra amiga, que a pessoa ficava cantando, interagindo com os outros, tinha o grupo, final de semana, cineCAPS, que ele passava vídeos de autoestima, nesses auditórios, e tinha o grupo que a pessoa saía um pouco de trás dos muros, para ir a uma praia ir a um clube que também precisa reativar esses grupos [...] Precisa haver mais grupo a noite, precisa haver mais grupos, mais oficinas, mais interação dos profissionais com os usuários, porque às vezes, às vezes minha amiga, dá vontade da pessoa explodir, mas sendo que a pessoa tem que ter o controle da situação [...]. (E5)*

*[...] Os grupos não, antes eu gostava mas foi ficando repetido também, tudo repetido, todo dia a mesma coisa, sempre a mesma coisa, aí o cara começa a ficar enjoado por causa da repetição.[...]. (E7)*

A realização de grupos como forma de fornecer apoio ou suporte aos usuários de drogas nos CAPS ad 24h mostra-se como metodologia de assistência utilizada pelos profissionais que integram o serviço e tem como objetivo terapêutico a promoção de cuidado. Através dessa metodologia, pode-se tornar a assistência mais humanizada e estimular os usuários no enfrentamento de suas dificuldades e na manutenção de suas atividades na esfera psicossocial com base nas demandas de cada um (ALVAREZ, 2012). Assim, deve ser estimulado o aprimoramento das atividades desenvolvidas em grupo, no entanto, deve-se trabalhar com outras estratégias que não engessem as ações de cuidado sempre ao formato dos grupos.

Para além da realização de grupos, é necessário efetivar os princípios da clínica ampliada, que busca trabalhar com a intervenção no plano subjetivo e na rede de relações, nas quais os sujeitos estão envolvidos no contexto da família, trabalho, lazer, dentre outras relações nas diversas dimensões da vida. São mais eficazes essas abordagens que transcendem a vida do sujeito e que alcançam sua família, seu papel social e sua cultura. (MOURA; SANTOS, 2011).

Nesse contexto, a estrutura física do serviço foi descrita em alguns relatos como carente de ampliação e reforma. Por se tratar do cenário onde vivenciam o tratamento e onde acontecem as ações de cuidado interfere significativamente na atenção oferecida às pessoas.

*[...] aqui tem muitas salas, lá embaixo que não tão usando, e para tirar a ociosidade, que ultimamente não tá tendo muita coisa para fazer. Se a gente mesmo não se juntar e não procurar alguma coisa, não tem mais aquele negócio como antes. Aí, assim, uma sala de informática era massa, para distrair, uma sala de vídeo, para não ficar todo mundo só vendo televisão, era bom um ver um filme massa, chamar a galera para assistir, agora uma sala grande para dar a galera toda, não uma sala para botar quinze, vinte e o resto ficar do lado de fora. Uma coisa que seja para todo mundo, entendeu? (E10)*

Estudo realizado por Barros, Queiroz e Melo (2010) aponta que a humanização do cuidado fica comprometida quando há ambiência inadequada, déficit de recursos humanos ou físicos e superlotação de usuários no serviço, frágil

comprometimento dos mesmos com o tratamento, pouco incentivo para a qualificação profissional e precárias condições de trabalho. Tais barreiras, comprometem todos os responsáveis pela saúde: usuários, profissionais da saúde e gestores.

Outro estudo aponta que a elaboração de um ambiente confortável e promotor de subjetividade é um dispositivo favorecedor para o processo de reabilitação psicossocial. É no cenário constituído de ambiência humanizada que os vínculos são formados entre profissionais e usuários o que a torna um fator fundamental de investimento para a potencialização das relações terapêuticas (WILLRICH et al, 2013).

Na ambiência desses locais estão inseridos os processos de precarização do trabalho e das relações, comprometendo-as. Estando a ambiência em fragilidade, há interferência nos vínculos afetivos do local de trabalho e com o próprio cuidado que nele deve ser produzido (FÉLIX, 2011).

Além do cuidado com a ambiência, é de grande importância a identificação e implementação de suportes sociais entre eles projetos de geração de renda e incentivo à cultura, as ações desse tipo agregam o valor de utilidade à pessoa em tratamento (ANDRADE, 2011).

Os CAPS ad 24h atuam na lógica territorial, entretanto um grande desafio desses serviços para implementar práticas reabilitadoras é compartilhar a assistência com os demais serviços da rede, descentralizando-a, é necessário para isso maior articulação e interação entre os setores sociais para que possa haver uma maior aproximação junto a sociedade e seus dispositivos (ALVAZEZ, 2012).

A modalidade de acolhimento noturno em CAPS ad 24h, representa uma importante estratégia de cuidado diante de pessoas que apresentam a necessidade de permanecer no serviço, no entanto o número de vagas ofertadas para acolhimento noturno de uma unidade do serviço não supre as demandas sociais. Diante de seu potencial terapêutico, o serviço deve ser expandido para que atenda aos usuários referiram não ter conseguido vaga no serviço e buscaram o internamento em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas.

Grande parte dos serviços para a atenção às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas do Brasil é integrante do SUS e deve seguir seus princípios orientados no modelo oficial de atenção a essas pessoas. O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no contexto do SUS, estabelece enquanto componentes da assistência: as unidades de atenção básica; a atenção nos CAPS-ad, ambulatorios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. Entre diferentes conceitos e abordagens de atenção à saúde, a rede de atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias no país está distribuída, ainda, entre clínicas especializadas particulares conveniadas e comunidades terapêuticas (MORAES, 2008).

Na rede de atenção às pessoas em uso nocivo de drogas, sobretudo na área de saúde mental, são necessárias novas estratégias e ferramentas para o aprimoramento das ações de cuidado. Alguns serviços extra-hospitalares foram criados nas últimas décadas, mas, não apenas nas estruturas físicas dos prédios hospitalares está presente a institucionalização que exclui, ela permeia os pensamentos enferrujados recebidos de outras gerações e que interfere nas práticas que se mostram ineficazes diante do sofrimento e demandas atuais. Os hospitais psiquiátricos são ainda muito presentes na assistência às pessoas que usam drogas, nessas instituições são comuns práticas restritas a reclusão social, tratamento moral e medicações psiquiátricas (PAIVA FILHO, SILVEIRA, 2014).

Ao fazerem um paralelo entre a internação em hospital psiquiátrico e o acolhimento noturno vivenciado por eles no CAPSad 24h, alguns usuários identificaram esse último como o tratamento que lhes trouxe mais benefícios:

*[...] Escolhi aqui, porque aqui é melhor do que lá (Hospital Psiquiátrico). Aqui pelo menos eu conheço o pessoal, eu converso, lá eu não conheço ninguém. [...] Lá No Hospital psiquiátrico 1 (HP1) eu passei amarrado, eu passei amarrado eu não vou mentir! no Hospital psiquiátrico 2 (HP2) eu nunca passei amarrado não. No HP1 me botou amarrado, na cama lá, amarrado foi me soltar depois com uns 15 dias. Me senti mal lá, até para comer, só me soltavam a mão, na hora do café, para comer e só. Me sentia triste. (E1)*

*[...] hospital teve o Hospital Psiquiátrico 3 (HP3) e o Hospital Psiquiátrico 4 (HP4). No HP3 foi porque eu me internei a pulso lá, saí foi pior de lá. Minha mãe teve que me internar à força porque eu tava numa fase de adicção pesada mesmo. Ela chamou a polícia e mandou me levar. Eu só vivia dopado lá. Fiquei lá 45 dias quando eu saí foi pior ainda. Ali não era lugar para nenhum dependente não, ali era lugar para doido. Lá o tratamento era a base de remédio, tinha isso não de ter nenhum psicólogo para vir conversar comigo não. Aqui a gente toma remédio sim mas ninguém é obrigado não. Lá se não tomasse comprimido, entrava na injeção. Aqui, só vem para cá quem quer o tratamento. Lá tem cerca e os profissionais ficam só olhando para você não fugir. Lá para mim só piorou tudo, piorou mais ainda. (E2)*

A oferta de cuidados às pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve promover a reabilitação e reinserção social, priorizar o uso de dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, que estejam articulados à rede assistencial em saúde mental e à aos demais da rede de saúde (BRASIL, 2004).

Os entrevistados mostraram nas suas falas perceber a necessidade de tratamento diferenciado entre pessoas em sofrimento psíquico e aquelas que sofrem em decorrência do uso nocivo de drogas.

A frequência que relatam, em tons de indignação, ações que lhes eram impostas, como a própria internação, os momentos de contenção física, o excesso de monitoramento e a ausência de humanização no atendimento justificam a baixa eficácia e precariedade das práticas ainda implementadas por algumas instituições.

E8 faz uma comparação entre sua vivência na internação em hospital psiquiátrico e o acolhimento noturno do CAPS ad 24 h, em seu relato, fala da necessidade de tratamentos diferentes para cada tipo de sofrimento psíquico, demonstrando ser o tratamento em CAPS o mais adequado:

*Lá o sistema era mais diferente porque são vários tipos de usuário, tem o dependente e tem o pessoal do sistema lá que é psiquiátrico, com distúrbio mental. [...] Ah, aqui filha, aqui não tem comparação, eu nunca vi um tratamento que nem esse aqui, na minha vida, eu nunca vi e até hoje. (E8)*

E9, ao falar de sua internação também em hospital psiquiátrico, reforça a ideia de E8 de que atenção ao uso de substâncias psicoativas e às pessoas com outros sofrimentos psíquicos devem correr em ambientes distintos.

Quando fazem o paralelo com a vivência da internação psiquiátrica o cuidado ofertado pelo acolhimento noturno em CAPS ad 24h é tido como mais adequado, mais confortável e as vezes até isento de fragilidades.

*No HP2 fiquei doze dias, lá foi mais doidera a menina queria me matar, uma doente mental, mas foi bom também, eu só ficava com medo dos doidos, dos doentes né? fazer alguma coisa comigo.[...] comparando, aqui não tem esse negócio, de todos o melhor é aqui [...]* (E9)

Faz-se necessário implementar a desospitalização, e possibilitar a implantação da clínica ampliada e transdisciplinar, deve ocorrer a interação efetiva entre as pessoas ditas “normais” e as pessoas em sofrimento psíquico, que haja circulação entre as diferentes unidades de saúde, atendimento integral com base nas especificidades no território e transição efetiva do modelo psiquiátrico pelo psicossocial (MORAES, 2008).

Além dos hospitais psiquiátricos, a maioria dos usuários referiu ter vivenciado a internação em comunidades terapêuticas, sobre elas descrevem negativamente atitudes como excesso de trabalho sem remuneração, imposição de religião, ausência de tratamento clínico e às vezes de medicação.

*E na clínica, que é na comunidade é que nem fosse uma clínica normal, não tem esse negócio de enfermeiro para lá e para cá. Não tem, se a pessoa quebrar uma perna aí tem que levar para o hospital. Aqui não, aqui pode ter um ataque de epilepsia, lá não eu acho que não saberiam para onde ir, o que fazer. Eu acho importante ter esse tratamento para a dependência química, faz diferença. Remédio lá (Comunidade Terapêutica) só podia tomar controladamente, tinha que levar daqui. O tratamento lá não era a base de remédio era só religião mesmo, agente tirava as folhas do chão, rechelava, aí durante o dia eram só as orações, três vezes ao dia, e o resto do dia era só brincar de bola lavar um prato, todo dia tinha que lavar os pratos. Profissional de saúde era só de vez em quando.* (E2)

*[...] diante de tudo, de comunidade que eu já tinha passado interno, eu vou ver e gostei, gostei da forma de ser tratado [...]* (E3).

*Lá é tudo manipulação e escravidão, porque eles trabalham assim né? Hoje, tiraram um pouco dessa escravidão. Teve um tempo que eu chegava nessas comunidades era assim, se você errasse hoje, você ficava sem comer, tiravam a sua mistura [...] A comunidade lhe prende e você aqui não tá preso não, você aqui tem contato com pessoas e na comunidade é só aquela quantia, comunidade é aquilo que você tem que trabalhar, tem obrigação, lhe obrigam a fazer as coisas, ou você faz ou vai embora, para a rua, não é uma escolha, isso é manipular a pessoa, obrigar a pessoa, e aqui você não tem obrigação, é por livre e espontânea vontade e profissionais também, não todos mas, a maioria passa amor.* (E4)

*[...] lá eles não trabalham com medicação não. Lá, trabalham com apoio espiritual, a única coisa que eles trabalhavam, medicação não.* (E6)

*O tratamento da comunidade é só limpar mato, dizem que é para ocupar a mente mas não é para ocupar a mente, eles fazem o cara de escravo. Lá não tem pessoas para conversar dar carinho. Era só enxada, a medicação era a enxada. Em todas as comunidades tem que ir pro grupo de oração, em todas, só na primeira eu fiquei seis meses nas outras eu não fiquei não, fiquei dois meses poucos dias, porque era muito puxado [...] se o cara tiver triste o cara tem que ficar sozinho, ninguém chega perto para conversar com você. Lá o desabafar é a enxada. Aqui o tratamento é cem vezes melhor (comparando com a comunidade), porque aqui as pessoas tratam você bem, dá medicamento, se o cara tiver triste, conversa com a pessoa, anima a pessoa, ajuda a pessoa e lá não, se aqui o cara fica triste eles chamam para conversar “ vamos conversar”. Tem coisas que o cara desabafando alivia mais e lá não. Isso ajuda no tratamento porque tem horas que o cara tá entrando na abstinência, na abstinência qualquer raiva, qualquer desentendimento com a família bate a vontade de fumar.* (E7)

*É uma comunidade, é evangélica, lá não usa remédio não. O tratamento de lá eu não gostei, não gostei, não vou mentir. A pessoa humilhar o outro, a própria ex usuária humilhar a novata que chega. Ficar de seis horas da manhã, até as dez,*

*orando, sentada, sem poder ir no banheiro, sem poder ir no banheiro ou beber água, de seis, seis e meia, sete, para ficar até dez horas, orando sem poder ir no banheiro. Tinham muitos que faziam xixi ali, faziam cocô ali, aí depois que fazia é que mandava ir, aí suspensão. Passava o dia trabalhando, porque é Caruaru então as firmas pegavam um monte de adesivos que coloca em roupa. Tinha que botar as etiquetas, as etiquetas! Tirar as etiquetas que já vem tudo furadinha, tirar e ir botando, todas iguais, pegava e ia botando, nós não recebíamos por isso. Um dia eu peguei vesti uma roupa por baixo e corri, aí correram atrás de mim, começaram a me segurar aí eu gritei: "não vou voltar!" (E9)*

*Eu já passei por dois internamentos, mas depois que eu vim para cá pro CAPS eu não me internei mais graças a Deus. (risos) Não procurei mais não a comunidade não. Aqui (no CAPS) não é como nas comunidades que você fica ali, sendo visado direto, as suas palavras todas monitoradas, sabe? E eu prefiro, tá aqui mesmo [...] Eu diminuí bastante o uso. E eu tenho muita ajuda dos profissionais daqui, eles me dão apoio moral, porque sabem que eu tenho capacidade de sair dessa e se eu tivesse numa comunidade isso não estaria acontecendo [...] Passei por duas comunidades, foi péssimo. Mas é porque eles entram muito cara na mente, eles forçam muito, você a fazer as coisas sabe? [...] eu cozinhei quase seis meses, não contratavam uma cozinheira de jeito nenhum. Eu ficava na cozinha de manhã, de tarde e de noite. E aquilo para mim era cansativo, se me contratassem né?(E10)*

Nos relatos das pessoas que viveram o internamento em CT, foram presentes situações não terapêuticas como a imposição de trabalho, da participação em atividades religiosas, a abordagem centrada na abstinência e a escassez de profissionais e ações de saúde bem como de práticas acolhedoras e humanizadas.

No contexto da Reforma Psiquiátrica surgiram as comunidades terapêuticas (CT), serviços destinados ao tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, no entanto, com o aumento de agravos trazidos pelo uso do álcool e outras drogas num contexto de ausência de políticas públicas eficazes para a amenização desses problemas levou a uma grande expansão desse tipo de serviço (PERRONE, 2014).

No início de sua criação a comunidade terapêutica continha em suas características mais princípios que coadunavam com os da Reforma Psiquiátrica e com a luta antimanicomial do que diferenças. A busca pela desinstitucionalização, a interação dos serviços em rede e a superação do modelo da clínica apenas biomédica permeavam o funcionamento das comunidades (PERRONE, 2014).

Com o crescimento desordenado do número de CT, muitas dessas instituições passaram a funcionar sem a supervisão de órgãos regulamentadores e assim, os serviços passaram a ter configurações distintas daqueles criados inicialmente, neles ocorriam a internação por longos períodos e práticas desumanas de cuidados indo de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica e trazendo descrédito para o tipo de serviço (PERRONE, 2014).

Com o lançamento do Programa “Crack é Possível Vencer”, lançado pela presidência em dezembro de 2011 (Brasil, 2011) as comunidades foram estabelecidas como complementares na rede de atenção psicossocial, muitas, de cunho religioso que chegavam a impor sua crença religiosa, o trabalho forçado e práticas de vigilância e repressão que desumanizavam a atenção às pessoas em tratamento. Atualmente, para integrar a rede essas instituições precisaram se adequar ao funcionamento determinado pela política nacional (BRASIL, 2011).

Partindo da ideia que em sua concepção original a CT compartilhava os ideais e princípios da Reforma e da luta antimanicomial, mostra-se como um dispositivo que pode ser utilizado quando esgotadas as outras possibilidades terapêuticas desde que funcione de acordo com os parâmetros e condições mínimas de funcionamento e que sejam devidamente supervisionadas pelos órgãos regulamentadores responsáveis (PERRONE, 2014).

Pelos relatos dos entrevistados, alguns desses serviços a atenção à saúde parece ainda funcionar na perspectiva do proibicionismo, não existindo distinção no tratamento entre os diferentes níveis e perfis de consumo de droga. O foco exclusivo na abstinência impõe uma grande barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias, as recriminações, o autoritarismo e o preconceito a essas pessoas já tão excluídas e rotuladas socialmente quebram a lógica de acolhimento

preconizada pela política do SUS. Isso repercute ainda na garantia dos direitos sociais e de cidadania dessas pessoas que por vezes são proibidas de entrar ou permanecer nesses serviços (ALVES, 2009).

Muita interferência se faz presente da área jurídica na atenção em saúde ao álcool e outras drogas, há uma certa tendência em se judicializar a questão das drogas nas práticas, sobretudo em casos de internações por determinação judicial em hospitais psiquiátricos por exemplo. A abstinência e institucionalização ganham espaço nas intervenções jurídicas ao passo que as estratégias de RD ficam em segundo plano (PASSO; SOUZA, 2011).

Distante dessa atenção proibicionista, a atenção psicossocial inserida na proposta da reforma psiquiátrica objetiva a compreensão de fatores psíquicos e socioculturais no processo saúde-doença. Busca assim, como na clínica ampliada, a horizontalidade das ações e relações dos vários saberes. É uma atenção que busca o fim da institucionalização enquanto clausura e incentiva as práticas de RD e as relações exteriores pautadas numa terapêutica ética onde os direitos de cidadania, corresponsabilidade pelo tratamento são valorizados (MORAES, 2008).

Na fala abaixo E12 descreve como a adoção de medidas de redução de danos influenciou em seu tratamento e sua vivência no acolhimento noturno:

*[...] Aqui a gente tem um horário de fumar. Entendeu? Na comunidade a gente não tem. E eu acho que se querem me curar façam tudo mas não tire a minha nicotina. Se tirar a minha nicotina vai me matar! vai me estressar, vai me tirar do sério. Me tire tudo, mas o meu cigarro não. (E12)*

Ao fazerem um paralelo entre a vivência no acolhimento noturno em CAPSad24h e nas outras vivências em comunidades terapêuticas, internações em hospitais psiquiátricos ou até mesmo em passagens por grupos religiosos e grupos de autoajuda como alcoólicos anônimos (AA), identificou-se a estratégia de redução de danos como algo diferenciador e que traz um resultado positivo ao tratamento quando associada à atuação multidisciplinar, abordagem humanizada que identificam no serviço CAPS.

*Aqui o pessoal é bem mais preparado, o pessoal tem o preparo técnico e no AA a pessoa só vai assistir às reuniões. Faz as reuniões aí é cada um por si e Deus por todos, justamente isso aí [...] Eu não me senti bem no AA. Fui na igreja católica também, frequento a igreja católica, vou à missa quando sinto vontade, eu só não gosto de nada forçado. (E5)*

*Eu tô aqui nervosa para fumar. Mas eu não fumo porque eu sei que eu tenho um certo horário para fumar. Num determinado horário, de manhã, à noite, quando os externos vão embora, eles tão fazendo por onde a gente não se sintam mal, a gente não queira sair, porque tá deixando o horário pelo menos duas vezes por dia. (E12)*

A estratégia de redução de danos (RD) possui uma configuração mais humanitária a medida que constitui-se como uma medida de baixa exigência em oposição às estratégias proibicionistas de alta exigência. Nela o propósito inicial não é a abstinência e é tido como objetivo a busca pelo usuário em seus diversos cenários e necessidades, não o oposto (MACHADO; BOARINI, 2013).

Na RD ocorre a participação do usuário no planejamento e implementação de seu tratamento, o que traz uma característica mais horizontal e de autonomia às relações do serviço. Como exemplo de ações de RD pode-se constatar a distribuição de preservativos, de protetores labiais, piteiras, as instruções quanto ao uso da droga de forma que não acarrete mais danos à saúde como evitar compartilhar cachimbos potencialmente contaminados, entre outras intervenções (MACHADO; BOARINI, 2013).

A abordagem da RD estimula o autocuidado promovendo a diminuição de vulnerabilidade, além de ser reconhecida como estratégia de promoção à saúde, pois possibilita que sujeitos de forma individual ou em grupos aumentem o controle sobre a própria saúde e com isso maior controle sobre a própria vida. Os CAPSAD precisam adotar como referência a estratégia de RD, necessária para a diminuição das situações de risco e dos agravos causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, sem a imposição da abstinência (MOURA; SANTOS, 2011).

Mesmo que estratégica no avanço das ações de RD na atenção e cuidado aos usuários de substâncias, existe uma enorme carência em serviços de saúde e de dispositivos de práticas de cuidado que efetivamente atinjam essas pessoas. Além disso, os serviços existentes possuem fragilidades para o seu funcionamento eficaz, sobretudo no tocante à escassez de recursos financeiros disponibilizados, aos poucos e mal remunerados profissionais para trabalhar num contexto de tantas demandas de cuidados (BASTOS, 2013).

Alguns setores sociais como a mídia, instituições religiosas e parte dos gestores públicos são a favor da internação involuntária ou compulsória dos usuários, por acreditarem ser a principal solução para o problema do uso do crack. Fato que evidencia um retrocesso das últimas conquistas da política de saúde mental, especificamente à Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários de Álcool e Drogas (BASTOS, 2013).

A RD de danos substitui as práticas autoritárias e de abstinência ao uso de substâncias psicoativas e compõe um conjunto de estratégias para a inclusão social do usuário de drogas. A redução de danos está pautada em cinco princípios básicos: 1) é uma forma de atenção na saúde pública posta como alternativa para os modelos moral, criminal e de doença; 2) percebe a abstinência como resultado ideal, mas incorpora alternativas que reduzam os danos; 3) surgiu principalmente como abordagem “ascendente”, baseada na defesa do dependente de drogas e não na sua exclusão; 4) acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência onde a abstinência é preconizada e 5) Fundamenta-se nos princípios do pragmatismo empático ao invés do idealismo moralista (MARLLAT, 1999).

A permanência no acolhimento noturno em CAPSad 24h foi referida pelos sujeitos participantes como uma experiência positiva, acolhedora e que lembrava o ambiente familiar, sempre descrita como superior quando comparada aos internamentos em HP e CT. A realização de grupos, as atividades externas, o diálogo com os profissionais e as práticas inseridas na abordagem de RD foram destacadas como grande diferencial dos outros serviços em que passaram. Nos discursos foram presentes fragilidades como a necessidade de diversificação nas

temáticas trabalhadas em grupos, sobretudo quando o tema abordado é o consumo de drogas. Diante da realização de grupos como principal estratégia de atenção no acolhimento noturno, evidencia-se a escassez de práticas com vistas à reinserção social sendo necessária reflexão e transformação das práticas realizadas. Cuidados clínicos com foco nas demandas físicas foram constantemente relatados, mas, o destaque maior feito pelos sujeitos foi a respeito da importância do relacionamento construído com os profissionais pela comunicação incentivadora e acolhedora aos usuários atendidos no acolhimento noturno.

#### **5.2.4 A enfermagem na atenção à pessoa em acolhimento noturno**

No contexto prévio ao Movimento de Reforma Psiquiátrica e mesmo no início desse processo, a atenção em saúde às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas tinha caráter proibicionista e a abstinência como meta. Nesse cenário as práticas de enfermagem eram muito vinculadas e dependentes da prescrição médica e caracterizavam-se por atos de vigilância e punição às pessoas em tratamento (REINALDO, PILLON; 2007).

O modelo hospitalocêntrico da atenção dificultava a propagação de práticas humanizadas e que valorizassem a subjetividade além dos sintomas da doença e dos diagnósticos. Com o surgimento dos serviços substitutivos foi possível a construção de um cenário favorecedor de uma atenção de enfermagem mais efetiva e integradora (ALMEIDA FILHO, MORAES, PERES; 2009).

As transformações desta atenção de enfermagem às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas ocorreram conforme transformavam-se as práticas em saúde mental. Nesse contexto: Hildegard Peplau com a teoria das relações interpessoais, Joice Tavelbee, com a Teoria da Relação Pessoa-a-Pessoa nos EUA, e de Maria Aparecida Minzoni, brasileira que se preocupou com a assistência às pessoas em sofrimento psíquico (VILELA, SCATENA, 2004).

Para Vilela e Scatena (2004), essas teorias baseiam-se na relação interpessoal “enfermeiro-paciente” como potente ferramenta de cuidado ao permitir a troca de conhecimentos e a contratualização do processo terapêutico. O que

permitiu que a enfermagem valorizasse a fala da pessoa e não apenas as manifestações orgânicas e clínicas como ditava a prática psiquiátrica biomédica.

O cuidar de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas posiciona o enfermeiro diante de vários desafios. Nesse contexto de atenção, faz-se necessária a adoção de diferentes perspectivas na formação acadêmica, em que é possível, inclusive, ocorrer o predomínio da medicalização e o enfoque na doença. Muitas vezes a atuação nesse cenário é geradora de ansiedade ou insegurança decorrentes do preparo frágil para a interação com a pessoa em uso de álcool e outras drogas, o que demanda uma postura de mudança das práticas (PAIVA FILHO; SILVEIRA, 2014).

No desenrolar das transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica insere-se a Reabilitação Psicossocial com foco nas subjetividades e resgate da cidadania das pessoas em seus contextos, deixando de lado a prática proibicionista e coadunando com os princípios da redução de danos como forma mais eficaz de produzir saúde (MACHADO, BOARINI, 2013; SARACENO, 2011).

O panorama das transformações assistenciais no campo da saúde mental trouxe grandes implicações para o processo de trabalho da enfermagem. A atenção psicossocial oferta uma série de fazeres que podem ser realizados pelo enfermeiro, e pelos outros membros da equipe multiprofissional (REINALDO; PILLON, 2007).

Essas ações envolvem sensibilidade, criatividade e interação profissional-usuário-família e entre a própria equipe, buscando resgatar as possibilidades de viver do usuário. Não há uma definição clara das responsabilidades dos profissionais que atuam nos CAPS, o que oportuniza a reinvenção e ampliação dos fazeres da profissão, podendo ainda gerar insegurança aos profissionais com pouca experiência na área (REINALDO; PILLON, 2007).

Além das ações de cuidado planejadas como grupo ou oficinas, por exemplo, a enfermagem se faz presente no cuidado e na interação com o usuário por estar presente durante 24 horas neste cenário da atenção.

Os cuidados clínicos são na maioria das vezes os primeiros identificados e descritos pelos usuários como o fazer de enfermagem ou como a principal forma de atenção. Nesse eixo temático a categoria profissional foi vista de forma geral, pois os usuários não os diferenciaram por nível de formação profissional.

*Quando eu tava doente, vomitando me ajudaram me colocaram no soro. Cuidaram bem [...] (E1)*

*São boas pessoas, tratam a gente bem. O tratamento aqui de enfermagem e dos enfermeiros é cem por cento. O que eu preciso eles dão [...] Fui acolhido, sempre perguntava, como é que tá, tá sentido dor, melhorou? Encaminhava pro médico, sempre era bem recebido e sempre se preocupava com agente [...] Quando eu me machuquei que fiquei andando de cadeira de rodas era o enfermeiro que me levava e que me trazia[...] os profissionais não, nunca vi nenhum gritando, eles até ignoram quando vêem alguém gritando, relevam. (E2)*

*[...] sempre tão junto, medindo pressão, cuidar da doença, que a gente já traz do mundo, porque às vezes a gente chega aqui tuberculoso por conta do uso do crack No cachimbo. E às vezes a gente chega aí com uns tipos de doença, doença venérea, eles cuidam, orientam e muito, muito, muito mesmo.[...] (E3)*

A educação em saúde para a prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas baseada na redução de danos são as práticas mais realizadas pelas enfermeiras que atuam em CAPSad e pouco realizam na perspectiva da reabilitação psicossocial, entre as que mencionaram atuar nessa prática foi destacada a realização de grupos de escuta e ajuda mútua, acolhimento e a formação de vínculo com o usuário como estratégias de reabilitação psicossocial (VARELA, 2014).

Foi destacada a presença constante, a atenção e a disponibilidade dos profissionais de enfermagem:

*A atenção que dão, faz com que a gente se sinta acolhido passa segurança. (E3)*

*Contribuíram como devia contribuir, foi o acolhimento. Teve um dia que eu cheguei e não estava me sentindo bem, não estava usando, cheguei do nada e comecei a passar mal, tipo aquela coisa do cara querer usar, mas sem querer, sabe o corpo pedindo. Aí eu falei com a minha amiga (Enfermeira) e ela, “você toma a medicação, se deita, dorme um pouquinho, relaxa e quando acordar a gente vê”.* (E5)

*Sempre me davam medicamento, a preocupação deles quando a minha pressão estava alta. Eles procuravam entrar em contato com o clínico para ver qual era o remédio que dava, como resolvia o problema, e isso aí para mim foi de grande valia. [...] Todas elas davam aquela atenção, graças a Deus [...] Só em você ser bem atendido, tomar o medicamento na hora certa, é brincadeira você se acordar de duas horas para dar o remédio. Tinha delas que ficava até com pena de acordar, chagava assim e falava: “ Sr E6, tá na hora de tomar o remédio, o sr me desculpe mas é que tem que ser na hora certa.” Isso é muito humano, eles fazem muito mais do que podem. (E6)*

*Dos que estão aqui, a maioria são cem por cento para mim [...] Tiravam a pressão, medicação, tudo regularizada em dia e no horário, entendeu, eles se preocupam muito. Logo cedo quando eu tava internado aqui, cinco horas, dava o remédio, seis horas já tava verificando a pressão de todo mundo. Eles tem muito cuidado com a gente. (E8)*

*Me trataram bem, como é devido né? O horário do remédio, tem delas que chamam para tomar, tem delas que não, que vai lá com o remédio e com a água, vai lá, acorda, leva o remédio e já tá com a água, igual para comer. Tem outros que não. Que chamam, a gente tem que levantar, medir pressão, essas coisas, e tem outros que vai lá. Foi o local que eu gostei mais, foi aqui [...]. (E9)*

*Eles são massa, eles são todos pessoas humanas, eles trabalham aqui com a gente sabendo que é todo mundo louco, dependente químico. E tem hora que tá bem, tem hora que tá mal, mas eles entendem todo mundo. Tive cuidados, porque além da dependência eu tenho outra patologia, aí então eu tive um cuidado maior.*

*Eles me trataram muito bem, com remédios, com tudo, com tudo! Eu não tenho não o que reclamar deles não.* (E10)

Nas falas dos usuários os cuidados clínicos eram predominantes no fazer de enfermagem. Pouco foi dito sobre ações de reinserção social ou mesmo planejamento da assistência junto ao usuário através da construção do PTS.

Estudo de Rosa e Tavares (2008) destaca que a inserção do enfermeiro no campo da atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras é permeado por dificuldades decorrentes do preconceito e estereótipo social formado acerca dessa clientela ou ainda pela pouca identificação em atuar nessa área e pelo pouco conhecimento sobre os princípios e objetivos das abordagens atuais de tratamento preconizadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Neste mesmo estudo, foi identificada a necessidade constante referida pelas enfermeiras de capacitação para a atuação no campo do cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas para que haja um fazer mais eficaz. As capacitações ou treinamentos relacionados à temática mostraram-se insuficientes e com fragilidades.

É necessário que a enfermagem construa novos espaços de cuidado, adote novas posturas de atuação buscando novas formas de cuidar. Os gestores precisam viabilizar esse processo de transformações, para que ocorra uma consolidação da equipe interdisciplinar que promova um atendimento de qualidade ao usuário do serviço de saúde, como também a resolutividade de seus problemas. (BARROS, QUEIROZ, MELO, 2010).

A enfermagem deve ter seu fazer humanizado. A estrutura física dos serviços, seus recursos materiais e tecnológicos são necessários, mas não devem se sobrepor à essência humana, que pode construir ações para uma realidade mais humana, menos fria e violenta para as pessoas que buscam ajuda nas instituições de saúde (DUARTE; NORO, 2010).

Diante de situações onde ocorram permanência no serviço, os profissionais de enfermagem precisam estar qualificados ainda para atender essa demanda e

incentivar o sujeito a prosseguir no tratamento ambulatorial após a alta também em outros dispositivos da RAPS. Dessa maneira, ressalta-se a importância do cuidado de enfermagem também em hospitais gerais, locais que compõem um dos espaços de intervenção junto à pessoa com dependência química (HENRIQUES et al, 2013).

O bom relacionamento interpessoal foi descrito e compararam o enfermeiro ao psicólogo. Muitos possuem a crença de que a função de interagir através do diálogo terapêutico é apenas do psicólogo, estando o enfermeiro indo além de sua atuação quando conversa e exerce a escuta ativa junto ao usuário.

*Tem a menina que vem conversar comigo (enfermeira) a Grazi que é minha TR. Ela é enfermeira, fica naquela sala de enfermagem. Ela sempre me chama para conversar, saber se eu tô bem. Eu gosto de conversar com ela [...] Eles respeitam a gente[...] Tem a Rafaela também, que é outra enfermeira. Confio nelas, elas dão conselho. Elas querem o bem, querem o bem da gente. (E1)*

*90 % são enfermeiras por amor. Passa, tá junto, lado a lado, na felicidade, na dor, buscam conversar, quer dizer, elas designam alguns papéis que não são delas, elas fazem até de psicólogas, que elas tão ali só para dar um comprimido, aplicar uma injeção, fazer um curativo, aí as vezes elas fazem o trabalho de psicóloga de conversar de reanimar a gente, muitas vezes são irmãs, que tão ali, na conversa, uma conversa que nem com o psicólogo você conversa. E elas fazem a gente se abrir, transparece a verdade, eu acho que é essencial, no tratamento [...] (E3)*

*Eu me senti uma pessoa acolhida, me senti não, me sinto, porque eles ainda param, eu digo : “ tia, tô tão agoniada, eu tô na abstinência,”...aí eles perguntam “ por que? por que você tá assim, o Rodrigo mesmo ele pergunta, “ por que você tá assim, venha para cá “ e começa a conversar e aí já distrai a minha mente, a Adriana da mesma forma, com a Cal da mesma forma, elas conversam. Ah elas conversam, a Cal, a Adriana também, não tem diferença, o Rodrigo, não tem diferença , eles não tratam com diferença, a mim nunca me trataram mal. Até quando eu caí, aí “ poxa, E4, numa situação dessa” Me deram apoio e me dão, dizem : “Você vai sair dessa, você vai sair dessa, tenha fé em Deus, tenha força de vontade que você consegue.” Essa parte assim eles me tratam muito bem. (E4)*

*Todos os cuidados que a pessoa merece, na minha época. Eu sempre conversava com as enfermeiras, sempre puxava conversa com eles, porque é bom conversar, desabafar e as enfermeiras na época aqui, me ajudavam muito, antes chamava a gente para conversar. [...] Sempre que eu tava aperreado eles conversavam comigo, eles me chamavam: “E7 você quer o que? vamos conversar, vamos conversar” . Liam a palavra de Deus, pegavam a bíblia, me sentia muito acolhido, aqui era muito acolhedor, tratavam a pessoa como um rei, se o cara fosse recair o cara pedia ajuda para outro no tempo certo, antes de cair no chão, ia pedir ajuda, percebe que vai recair, chama um profissional para conversar, “ olha tô passando por isso, isso, isso, tem como me dar uma força ? “ .Foi assim que me ensinaram e isso tá me ajudando, quando eu sinto que estou caindo assim, eu digo “ não, vou conversar, vou desabafar. (E7)*

*Eu converso, que a Cícera, ela é enfermeira e é minha TR, sabe o que é TR?.[...] Me ajuda, eu gosto muito, ela a Rafaela, também enfermeira. Elas incentivam, para a gente ficar, para não usar. Principalmente a Cícera que é minha TR, vão dando força, às vezes é quase que nem uma psicóloga, quando eu quero conversar, eu converso com a Cícera, ela sempre diz que quando eu quiser conversar, ela tá sempre ali...ela é minha psicóloga. (E9)*

*Tinha um enfermeiro que deitava no colchão entre os dois acolhimentos, o masculino e o feminino e ficava lendo cara! Ele tinha um livro massa, eu não lembro o nome. Cada dia ele lia uma parte até todo mundo ir dormir. Aí ele também saiu, era uma história massa. E todo mundo ficava em silêncio, prestando atenção, e depois tava lá, dormindo. Era massa. (E10)*

*Ôxe eles fazem mais que a minha psicóloga, porque eu observo, entro na sala e fico (estala os dedos) conversando com eles. Eu converso mais com eles do que om a minha psicóloga. Eu me sinto mais a vontade conversando com eles. (E12)*

O cuidado de enfermagem no suporte à pessoa em uso prejudicial de drogas é o de escuta, estabelecendo o processo de comunicação e relacionamento terapêutico. Através de grupos ou individualmente deve-se tornar a assistência mais

humanizada, estimulando o usuário a realizar o enfrentamento das dificuldades e a manutenção do funcionamento psicossocial, de acordo com as suas necessidades, a fim de fazê-lo construir um novo projeto de vida e manter-se saudável (ALVAREZ, 2012).

Para Rogers (1994), abordagem deve ser centrada na pessoa e o profissional deve estimular as potencialidades do cliente num contexto livre de ameaça, enfatiza que o diagnóstico não tome o foco central, mas que seja priorizada a capacidade de desenvolvimento própria à pessoa.

No contexto da atenção psicossocial inúmeras são as práticas desenvolvidas, sobretudo, nos CAPS. No estudo de Maynard et al (2014) é destacada a escuta qualificada enquanto tecnologia leve utilizada na produção de cuidado. Nela, o estabelecimento do diálogo, formação de vínculo e acolhimento favorecem a compreensão do sofrimento psíquico ao valorizar as experiências e identificar as necessidades individuais. Promove ainda a autonomia e estimula a cidadania transformando o cotidiano de quem cuida e é cuidado (SARACENO, 2011).

A escuta qualificada contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa com transtorno mental. Pois favorece a resolução de problemas, a promoção de disponibilidade, compreensão, confiança e respeito. Quando deficiente ou não realizada, dificulta essas expressões, comprometendo a evolução do tratamento e deixando de beneficiar o estado mental e manutenção da vida (MAYNART et al, 2014)

E, nessa relação, o cuidado não deve ocorrer mediante apenas a aplicação de técnicas postas pelo conhecimento científico, as necessidades humanas extrapolam os limites desse saber técnico. As decisões tomadas, as escolhas pelo que se busca em um tratamento devem exigir reflexão e diálogos contínuos entre os profissionais e as pessoas que os procuram. O assistir não pode limitar-se à manipulação de objetos guiados por protocolos clínicos (Ayres, 2004).

Para Rogers (1975) deve-se impulsionar a pessoa para seu crescimento individual destacando os aspectos relacionados aos seus sentimentos e ao momento presente. Segundo ele é preciso estar atento às vontades e interesses da

pessoa e não reter as atenções unicamente nos problemas apresentados por eles para que a própria relação terapêutica entre profissional e usuário seja uma experiência significativa.

Na atenção às pessoas em uso abusivo de drogas por meio de serviços que contam com equipes multidisciplinares se insere a enfermeira que deve desenvolver o cuidado a partir de intervenções que envolvem escuta, acolhimento, cuidado aos aspectos físicos e psíquicos, bem como o suporte à família. Destaca-se que os cuidados dos profissionais devem contemplar os aspectos biopsicosocioespíritual, cujo objetivo é proporcionar aos usuários segurança e confiança em relação ao seu tratamento e recuperação (HENRIQUES et al, 2013).

A enfermagem deve atuar, de maneira interdisciplinar, e também com outros setores sociais, implementando a transdisciplinaridade e a intersetorialidade, num entendimento biopsicossocial, oferecendo informações sobre substâncias psicoativas e os problemas nos serviços onde atue (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Não houve nos relatos a realização de grupos pelo enfermeiro ou equipe de enfermagem, apesar de ser essa uma das atividades mais desenvolvidas no serviço. Os grupos abrem espaço para a produção de cuidados sendo uma ferramenta que pode ser utilizada também pela enfermagem.

A realização de grupos em CAPS promove alívio de tensões, oportuniza o aprendizado e a escuta ao permitir o compartilhamento de anseios, dessa forma, melhoram a convivência entre usuários e familiares, estimulando o autocuidado e o aprendizado de técnicas para cooperação mútua. Esses benefícios confirmam as inúmeras vantagens da utilização de grupos como ferramenta terapêutica, sobretudo, quando utilizado sob o respaldo científico em seu planejamento e execução. Dessa forma, o manejo adequado desta tecnologia demanda formação qualificada do profissional enfermeiro. (ALBUQUERQUE et al, 2014).

Percebe-se que há um interesse dos enfermeiros em aprimorar o cuidado nessa área de atenção, nas pesquisas realizadas por enfermeiros encontram-se estudos sobre assistência à pessoa em uso abusivo de substâncias, ações

educativas, assistência de enfermagem na abstinência, o enfermeiro no cuidado aos usuários e terapias alternativas e complementares direcionadas a essa população. Consta ainda a assistência à família dessas pessoas (VARGAS; SOARES, 2013).

O acolhimento mostrou-se presente como tecnologia leve dos processos relacionais num CAPSad 24h, independente de profissional específico, dia ou hora para acontecer. Destaca-se ainda o valor dos grupos que favorecem a expressão e escuta e os de apoio às famílias, os quais constituem local privilegiado para a inserção e participação destas no serviço (LISBÔA, BRÊDA e ALBUQUERQUE, 2014).

A enfermagem mostrou-se constantemente presente na atenção aos participantes da pesquisa, através de cuidados clínicos e de diálogo acolhedor. Foi notória a importância do bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e as pessoas atendidas no acolhimento noturno, sobretudo por ser a categoria profissional que fica por maior tempo em contato com essas pessoas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta pesquisa foi possível identificar as percepções e circunstâncias que levaram as pessoas entrevistadas a buscar o serviço de acolhimento noturno, conhecer a recepção lá realizada, as impressões sobre a permanência no serviço e a relação com os profissionais lá atuantes, sobretudo com a equipe de enfermagem.

No primeiro núcleo temático, sobre a percepção, pelos entrevistados, da necessidade de ajuda os prejuízos causados pelo uso de crack, a perda do controle no uso de substâncias e a experiência de viver na rua foram as principais causas referidas pela busca ao serviço. Diante de grandes prejuízos físicos e psicossociais buscaram ajuda em serviços como comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos, grupos de autoajuda e no acolhimento noturno, no CAPS ad 24h. Após a alta do serviço na modalidade de acolhimento noturno foi comum entre os usuários permanecer frequentando o serviço diurno do CAPSad 24h.

Os entrevistados relataram procurar o serviço de forma voluntária, em alguns casos diante de crises de abstinência ou sob o efeito do uso de substâncias psicoativas. Houve relatos onde houve a busca dos usuários nas cenas de uso pelos profissionais do serviço ou do consultório na rua que estimularam a permanência no acolhimento noturno.

Os resultados desta pesquisa reafirmam a importância da RAPS na atenção integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias, bem como da interação entre o serviço de Consultório na Rua e o CAPSad 24h, imprescindível para o acolhimento dos entrevistados.

Sobre o segundo eixo temático, acerca da recepção no acolhimento noturno, todos referiram ter recebido atendimento imediato ao chegar ao serviço e a maior parte disse ter se sentido acolhido, estando este termo presente repetidamente nas falas.

Acerca do terceiro núcleo temático, sobre a permanência no acolhimento noturno a participação em grupos terapêuticos foi destacada. Atividades como

teatro, música, oração e atividades físicas foram as mais citadas, algumas delas também ocorriam em forma de grupo. O atendimento pelos diversos profissionais como médicos, assistente social, psicólogo e o enfermeiro associado ao uso da medicação foi descrito como importante. O diálogo com os profissionais, relatado como motivador e como forma de apoio nos momentos de crise foi frequentemente apontado dentre os fatores de contribuição no tratamento em CAPS ad 24h, alguns referiram que esse tipo de prática deve ser intensificado.

O relacionamento entre usuários e profissionais do serviço mostrou-se um fator favorável ao tratamento, a identificação com o técnico de referência foi muitas vezes relatada como um ponto de apoio presente no tratamento e o distanciamento deste, algumas vezes, como uma fragilidade do mesmo.

A estratégia de Redução de Danos foi reconhecida pelos usuários como uma postura adotada pelo serviço e divide as opiniões dos mesmos. Referida por alguns como fator que auxilia no processo de recuperação e por outros como excesso de tolerância.

Alguns usuários demonstraram gratidão ao serviço e aos profissionais pelo atendimento recebido, frequentemente comparavam o serviço como a própria casa ou como um lugar que oferecia a proteção que não encontravam onde viviam. O relacionamento com os profissionais e com demais usuários foi descrito como o de um ambiente familiar, aproximando-se à proposta de humanização e acolhimento que deve permear a rede de atenção psicossocial.

A avaliação positiva feita na maior parte das falas traz consigo sempre a comparação com outros tipos de serviços onde a assistência foi relatada como inferior. As comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos foram descritos pela maioria como um local inadequado para o tratamento do uso prejudicial de drogas em virtude da privação da liberdade, das estratégias pouco humanizadas utilizadas no tratamento e pela escassez ou pouco preparo de profissionais de saúde.

A vivência dessas experiências anteriores à do acolhimento noturno em CAPS ad 24h coloca em segundo plano, para alguns usuários do serviço, as fragilidades que o serviço apresenta.

Entre as fragilidades, foi notório que a mudança da equipe profissional com a mudança de gestão, as greves dos trabalhadores, as metodologias utilizadas para a realização dos grupos e deficiências de estrutura física, são pontos críticos que interferiram na continuidade e qualidade da atenção ofertada.

Em relação ao quarto núcleo temático que diz respeito à enfermagem no acolhimento noturno, entre os cuidados realizados foi destacada a grande atenção em relação aos horários de medicação, pressão arterial e a presença e disponibilidade para com os usuários. Ações como: escuta, conversa e aconselhamento foram mencionadas e mostraram-se como muito relevante no processo de cuidado desenvolvido com as pessoas em acolhimento noturno.

Diante dos dados apresentados é visível a importância que o serviço de acolhimento noturno agregou às ações já realizadas pelo CAPS ad. A assistência às pessoas que buscam o serviço em momentos de abstinência, crise ou até mesmo em uso intenso de substâncias psicoativas demanda atendimento especializado e ofertado por profissionais comprometidos com os princípios da humanização e do acolhimento.

A vivência do acolhimento noturno referida pelos usuários apontou para a necessidade de manutenção e ampliação dessa estratégia de atenção e de estudos sobre o acolhimento noturno em CAPSad 24h, serviço relevante enquanto dispositivo estratégico da RAPS.

Ao trazer os aspectos relatados pelos usuários como favorecedores da atenção a pesquisa contribui para a reflexão e aprimoramento dessas práticas ao tempo em que também identifica pontos de fragilidade que precisam de maior atenção por parte dos profissionais e gestores do serviço.

Ainda que o desenvolvimento de ações de reabilitação psicossocial seja tímido, o acolhimento noturno em CAPSad 24h mostrou-se como o de abordagem melhor avaliada pelas pessoas que vivenciaram além dele, o internamento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

É preciso investimento na estrutura, na formação profissional e continuada dos profissionais que integram essa rede de atenção, as pesquisas sobre tecnologias e gestão do cuidado precisam ser estimuladas para que ocorra efetivação de práticas humanizadas e acolhedoras às pessoas que buscam o acolhimento noturno.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. 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. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.

ALBUQUERQUE, M.C.S.; NASCIMENTO, Y.C.M.L.; BRÊDA, M.Z.; LUCA, L.C.C. Mudanças percebidas por familiares de crianças/adolescentes em sofrimento mental que participam de grupos operativos. **Rev. Eletr. Enf.** 2014 jul/set;16(3):652-61.

ALMEIDA FILHO, A. J. ; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun.2009.

ALVAREZ ,S.Q. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 2012 jun;33(2):102-108.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública** .2009, vol.25, n.11, pp. 2309-2319.

ANDRADE, A. T., SOUSA, M. L. T., & QUINDERÉ, P. H. D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP - 8(2)**, São João del-Rei, julho/dezembro/2013.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.12, pp. 4665-4674.

AYRES, J.R.C.M. Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1) :63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, 2004; 8(14):73-92.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Cien Saude Colet.** 2005; 10(3):549-560.

AZEVEDO, M. K. ; TEIXEIRA, G. de O. M. **Toxicomania e suicídio sob uma visão psicanalítica.** **Rev. Mal-Estar Subj.** 2011, vol.11, n.2, pp. 623-644.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BARROS S.D.O.L., QUEIROZ, J.C. , MELO, R.M. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4): 598-603

BASTOS, F.I; BERTONI, N: Organizadores. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**– Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BASTOS, F.T. et al. **Perfil dos usuários de crack ou similares no Brasil.** Brasília: Fiocruz; Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; Ministério da Justiça, 2013.

BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização dos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.22, n.1, p. 85-92, jan/abr. 2011.

BRASIL **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas/ Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 04 de junho de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Legislação sobre entorpecentes no Brasil.** 1992. Brasília: Ministério da Justiça.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.**— Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, secretaria de Atenção a Saúde**, CN-DST/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **O crack: como lidar com este grave problema.**/ Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011**, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série textos básicos de saúde**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. Série E. Legislação de Saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2003. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria GM nº 2.391, de 26 de Dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. n.250, p. 349-50, 27 dez. 2002. Seção 1.

CAMATTA, M.W. Ações voltadas para a saúde mental na estratégia da Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares. 2010-**Tese (Doutorado)** – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI. A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev.2007.

CAPISTRANO, et al. Impacto social del uso abusivo de drogas para dependientes químicos registrados en prontuarios. **Cogitare enferm**. 2013, vol.18, n.3, pp. 468-474.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T.E. Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde **Anna Nery Rev Enferm** 2008 set; 12 (3): 555-59.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO/ Associação Médica Brasileira. **Usuários de substâncias psicoativas, abordagens, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Cremesp/AMB, 2003.

DIEHL, R.; MARASCHIN, C.; TITTONI, J. Ferramentas para uma psicologia social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 407-415, mai./ago. 2006.

DUARTE, M. L. C. Familiares dos usuários de crack em um CAPS ad III: Avaliação das necessidades de cuidado. **UFRS**, Porto Alegre, 2013.

DUARTE, M.L.C., NORO, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):685-92.

FÉLIX, F. M. F. Afetividade e trabalho: uma leitura dos CAPS gerais de Fortaleza mediada pelos mapas afetivos /Dissertação (mestrado) – **Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades**, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2011.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio, Renato P.; Carneiro, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. 2005. São Paulo: Alameda. p.257-290.

FONTANELLA, B.J.B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica e psicanálise . **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, jan./mar. 2012.

FRACOLLI, L.A. et al. A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de Saúde da Família: um relato de experiência. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.5 n.2 p.68-72, 2003.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., & MERHY, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(2), 345-353.

HENRIQUES, J. A. S. et al. Cuidado a pessoas com dependência química em hospital geral na ótica da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UFSM** . 2013 Set/Dez;3(3):383-393.

**HUMANIZA SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.7, pp. 3051-3060.

JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M.O.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. 14(1),173-182.

HORTA, R.L.; HORTA, B.L.; ROSSET A.P.; HORTA, C.L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(11):2263-2270, nov, 2011.

LANCETTI, A. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface (Botucatu)**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 797-799. ISSN 1807-5762.

LARENTIS C. P.; MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia . **Aletheia**, p.121-132, jan./abr. 2012.

LISBOA, G.L.P, BREDA, M.Z., ALBUQUERQUE, M.C.S. Concepções e práticas de acolhimento aos familiares na atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Ver. Rene**. 2014; 15(2):264-72.

LONDERO, M.F.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. **Interface - comunicação, saúde, educação/ UNESP**, 2014, Botucatu, 18(49).

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde** – Manginhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.** 2013, vol.33, n.3, pp. 580-595.

MACRAE, E; TAVARES, L.A.; NUÑES, M.E. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013. 232 p

MAIA, A.R., ERDMANN, A.L., CARRARO, T.E., RADUNZ, V. Princípios do Cuidar. In: O Processo de Cuidar, Ensinar e Aprender o Fenômeno das Drogas: A redução das demanda. Módulo 04. Curso de Especialização no Fenômeno das Drogas. Florianópolis (SC): **UFSC - Departamento de Enfermagem**; 2003.

MALTA, D.C, et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**. v. 24, p. 21-34, 2000.

MARCHI, J. A.; CARREIRA, L.; SALCI, M. A. . Uma casa sem teto: influência da família na vida das pessoas em situação de rua .**Ciênc. cuid. saúde** .2013, vol.12, n.4, pp. 640-647.

MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

MARTINS E.R.C.; CORRÊA, A.K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2004, março-abril; 12(número especial): 398-405.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M.C.S.; BREDA, M. Z. , JORGE, J. S. **A** escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.** 2014, vol.27, n.4, pp. 300-304.

MEDEIROS, G.C. et al. **Rev. salud. pública** . Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. 12 (3): 402-413, 2010.

MENDES, E .V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

MERHY E.E. ; CHAKKOUR M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e

gerindo trabalhos. In: Merhy E.E., Onocko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. 3ª ed. São Paulo: **Hucitec**; 2007.

MERHY, E. E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In O. C. L, Cecílio (Org.). **Inventando a mudança na saúde** (pp. 116-160). São Paulo: Hucitec.

MERHY, E. E. (2002). **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo (SP): Hucitec; 1994. p. 117-60.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Cien Saude Colet** , 1999; 4(2):305-314.

MERHY, E.E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. A loucura e a cidade: outros mapas. **Publicação do Fórum Mineiro de Saúde Mental**. Belo Horizonte, MG, 2004.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva, secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

MORAES, M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs:perceptions of users, their companions and paractitioners. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, n.1, pp. 121-133.

MOURA, F. G. de, SANTOS, J. E. dos. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.). 2011, vol.7, n.3, pp. 126-132.

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: Zaluar, Alba. (Org.) **Drogas e cidadania**.1994 .São Paulo: Brasiliense.

OLIVEIRA, E.N.; SANTANA, M.M.G.; ELOIA, S.C.; ALMEIDA, P.C.; FELIX, T.A.; XIMENES, N. Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no Centro de atenção psicossocial. **Rev Rene**. 2015 maio-jun; 16(3):434-41

PAIVA FILHO, F.; SILVEIRA, L. C. Psicose e drogadição: a construção do caso na clínica de enfermagem. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.) 2014, vol.10, n.1, pp. 29-34.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. “Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas” **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011.

PAULA, M. L. de et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud**. 2014, vol.19, n.2, pp. 223-233.

PERRONE, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do Álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciênc. saúde coletiva**. 2014, vol.19, n.2, pp. 569-580.

PARATTA, E. M. M.; SANTOS M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.

REINALDO, A.M.S.; PILLON, S.C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 688-693, dez. 2007

ROGERS, C. (1975). **A terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes.

ROGERS, C. (1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In J. Wood et al. (Orgs.), **Abordagem centrada na pessoa** (pp.155-177). Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida.

ROSA, A.S.; CAVICCHIOLI, M.G.S.; BRÊTAS, A.C.P . **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. 13(4): 576-82.

ROSA, M.S.G.; TAVARES, C. M. M. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 549-54, set. 2008.

SALLES, M. M; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013, vol.18, n.7, pp. 2129-2138.

SANTOS A.M. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2007; 23(1):75-85.

SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SCOTTINI, A. Dicionário escolar da língua portuguesa. Blumenau, SC: **Todolivro Editora**, 2009.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. Terapia multifamiliar e dependência química. **Psic. Clin.** 2009. Rio de Janeiro, vol.21, n.2, p.363 – 378.

SILVA FP et al. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4): 805-814, abr, 2014.

SILVA, D.A.J. da. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do processo de trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2013.

SOUSA, P. F., et al. Dependentes Químicos em Tratamento: Um Estudo sobre a Motivação para Mudança .**Temas em Psicologia** - 2013, Vol. 21, nº 1, 259 – 268.  
SOUZA M.L., SARTOR V.V.B., PADILHA M.I.C.S., PARADO, M.L. O Cuidado em Enfermagem: uma Aproximação Teórica. **Texto Contexto Enferm** 2005; 14(2): 266-70.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VARELA, D.S.S. Ações do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas rede de saúde de Parnaíba-PI/ Danielle Souza Silva Varela – **Dissertação (Mestrado)** Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Teresina, rede de saúde de Parnaíba-PI, 2014.

VARGAS, D; SOARES, J. Publicações de enfermeiros sobre álcool e alcoolismo em anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 313-20.

VASCONCELOS. F.; ALBUQUERQUE, R. A. assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014.

VENOSA, P. A. S. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. Jan.-Jun. 2011, Vol. 12, No. 1, pp. 56-65.

VIEIRA, J.K. et al. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.). 2010, vol.6, n.2, pp. 274-295.

WILLRICH, J.Q.; BIELEMANN, V. de L.; CHIAVAGATTI, F.G.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, L. R. Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do Processo terapêutico . **Rev Enferm UFSM** .2013 Mai/Ago;3(2):248-258.

ZINI, R. L. O acolhimento como prática psicológica no contexto de um centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado. **PUC. Campinas-SP**, 2013, 327p.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA****ROTEIRO DE ENTREVISTA****1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

a) Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

b) Número da Entrevista: \_\_\_\_\_

c) Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

d) Pseudônimo: \_\_\_\_\_

e) Idade: \_\_\_\_anos

f) Escolaridade (anos de estudos completos): \_\_\_\_\_

g) Profissão: \_\_\_\_\_

h) Estado Civil: \_\_\_\_\_

i) Onde vive: \_\_\_\_\_

j) Com quem vive: \_\_\_\_\_

k) Hora de início da entrevista: \_\_\_\_\_ Hora de término da entrevista: \_\_\_\_\_

l) Observações: \_\_\_\_\_

---

**2 A BUSCA PELO SERVIÇO**

- a) Quais os motivos que te levaram a vivenciar o acolhimento noturno?

(Chegada, condição em que estava, indicação)

- b) Como percebeu que precisava de ajuda?
- c) Como foi para você perceber que precisava de ajuda?
- d) Relate que experiências ocorreram antes da sua chegada ao acolhimento noturno? Destas experiências, quais foram mais significativas? (Te trouxeram aprendizado, contribuíram com você, que tipos de aprendizado)
- e) Quanto tempo demorou em procurar e receber ajuda aqui no CAPS?

### **3 A CHEGADA AO ACOLHIMENTO NOTURNO**

- a) Conte-me um pouco sobre sua chegada ao serviço.
- b) Recebeu atendimento imediato? Demorou? Descreva como isso se deu. O que pensa sobre isto?
- c) Que profissionais lhe atenderam? Como foi esse atendimento?
- d) Quais os sentimentos que lhe ocorreram nesta chegada? Fale um pouco sobre eles?

### **4 A VIVÊNCIA DO ACOLHIMENTO NOTURNO NO CAPS AD III**

- a) Como foi sua vivência neste serviço?
- b) Houve alguma experiência neste atendimento que marcou muito você?
- c) Como você descreve o acolhimento recebido? Você acha que deveria ser diferente? Se sim. Como deveria ser?
- d) Como foi sua relação com os profissionais?
- e) Como foi sua relação com os demais usuários do serviço?
- f) Já vivenciou outras internações/acolhimento? Se sim, relate como foi para você vivenciá-los.
- g) Faça um paralelo entre as outras vivências com a atual.
- h) Que outros serviços para tratamento você já buscou?

## **5 O ACOLHIMENTO NOTURNO E A ENFERMAGEM**

- a) Como foi sua experiência junto aos profissionais de saúde?
- b) Como foi a sua experiência com a equipe de enfermagem?
- c) O que favoreceu seu relacionamento com equipe?
- d) Como foram oferecidos os cuidados de enfermagem?
- e) Como foi recebido, atendido, cuidado pela enfermeira? (Se sentiu acolhido por ela?
- f) Como se estabeleceu sua relação com ela? Sentiu que podia confiar nela? Sentiu que ela, de fato, lhe escutava, e procurou meios para lhe ajudar em suas necessidades? Descreva um pouco como isso aconteceu.
- g) Em que a relação com a enfermeira contribuiu para sua vida? E com a enfermeira? E o que dificultou?
- h) O que favoreceu seu relacionamento com a enfermeira? O que dificultou? No que poderia melhorar?

## **6 OUTROS RELATOS RELEVANTES**

- a) Este é um momento da nossa entrevista em que você pode se sentir mais à vontade ainda para compartilhar algo que gostaria que ficasse registrado sobre sua vivência em acolhimento noturno aqui no CAPS e que não foi contemplado nas perguntas que lhe fiz, ou pode ser um assunto que tenha um desejo de deixar registrado.

**APÊNDICE B- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:**

Nome da pessoa a ser entrevistada: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_

Horário de término: \_\_\_\_\_

1) Antes de iniciar a entrevista:

Ao chegar no serviço para realizar a entrevista, o que observo no sujeito em seu contexto (no ambiente, na relação com outras pessoas, realização de atividades).

- a) Realiza alguma atividade? qual?
- b) Participa de alguma atividade?
- c) Relaciona-se com alguém? com que pessoas?
- d) Seu semblante diz algo sobre suas emoções: alegria, tristeza, raiva, medo e seu estado mental: atenção, pensamento, linguagem, sensopercepção, consciência, orientação, memória, afetividade e humor, juízo crítico, inteligência? o quê?
- e) Como responde ao meu convite para a realização da entrevista?

2) Durante a realização da entrevista:

- a) Mantém o contato visual comigo?
- b) Demonstra algum tipo de desconforto? físico? emocional?
- c) Como é sua fala durante a entrevista? Tonus, Gagueja? faz muitas pausas? É contínua? Repertório de palavras: simples, empobrecido, elaborado, tem uso intenso de gírias e termos regionais...
- d) Demonstra compreender com clareza as perguntas?
- e) Faz perguntas acerca da pesquisa?

3) Outras observações:

- a) Houve alguma resistência (evitou responder alguma questão, fuga do assunto, negou falar de experiências vivenciadas ou de pessoas significativas) em algum momento da entrevista?
- b) Negou-se a responder alguma questão?
- c) Houve alguma intercorrência durante a realização da entrevista?
- d) Ocorreu algum fato que foi significativo para o entrevistador ou entrevistado durante o processo de entrevista

**APÊNDICE C- ROTEIRO DE NOTAS DE CAMPO:**

1. Data da ida ao campo: \_\_\_\_\_
2. Horário de entrada no campo: \_\_\_\_\_
3. Horário de saída do campo: \_\_\_\_\_
4. Número da visita ao campo: \_\_\_\_\_
5. Atividades planejadas para o dia:
  - a) Aproximação do campo e sujeitos: ( )
  - b) Apresentação da pesquisa: ( )
  - c) Agendamento de entrevista: ( )
  - d) Assinatura de TCLE: ( )
  - e) Preparo do equipamento utilizado na entrevista
  - f) Realização de entrevista: ( ) Duração: \_\_\_\_\_
  - g) Realização de entrevistas subsequente: ( ) Duração: \_\_\_\_\_
  - h) Número da entrevista com o mesmo sujeito : \_\_\_\_\_
  
6. Registros sobre a ida ao serviço: (Detalhamento das atividades que foram realizadas, intercorrências, evento significativo para o pesquisador e suas impressões, sentimentos, questionamentos evocados sobre a visita).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
7. Outras observações:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_