

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Christina Otaviano Pinto

**O cotidiano da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e Drogas III**

**Juiz de Fora
2017**

Christina Otaviano Pinto

**O cotidiano da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e Drogas III**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves

**Juiz de Fora
2017**

Christina Otaviano Pinto

**O cotidiano da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial
Álcool e Drogas III**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em
Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de
Fora como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em 24 de Agosto de 2017

BANCA EXAMINADORA

Dr. Marcelo da Silva Alves - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a. Ândrea Cardoso de Souza
Universidade Federal Fluminense

Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr^a. Eliane Ramos Pereira
Universidade Federal Fluminense

Dr^a. Vânia Maria Freitas Bara
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora
2017

*Dedico este trabalho aos meus amores Aecio, Maria do Carmo e Thiago
por acreditarem no meu sonho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar os meus passos e por ter me dado forças para superar as dificuldades e chegar ao fim dessa trajetória.

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves que me encantou com seus valores e pensamento sobre a saúde mental e sobre o que é ser enfermeiro, durante a graduação e que se consolidou durante o mestrado. Obrigada pela confiança, acolhimento, pela compreensão diante das minhas dificuldades. Obrigada pelos ensinamentos que mudaram a minha vida. Por todas as oportunidades de participar das atividades docentes, o grupo de pesquisa, as disciplinas e leituras sugeridas que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal e o desenvolvimento de um pensamento crítico. Muito obrigada!

Aos meus pais Aécio e Maria do Carmo, meus amigos e companheiros de todos os momentos. Obrigada pelo apoio, incentivo, paciência, pelas vezes que abdicaram de seus desejos e sonhos por mim. Pela presença e por compreenderem meu humor instável nesses dois anos. Por me desafiarem a ser uma pessoa melhor, independente, capaz de superar as adversidades da vida! Amo vocês incondicionalmente!

Ao meu noivo Thiago pelo companheirismo, pela escuta sensível cotidiana do meu vivido nesse período, meus medos, anseios, cansaço, conquistas e insatisfações, fazendo tudo se tornar mais fácil mesmo estando a quilômetros de distância, pela solidariedade irrestrita. Obrigada por compreender a minha ausência para me dedicar às atividades do mestrado e minha dissertação. Amo-te!

A todos os meus familiares, em especial, Eduardo, meu primo e padrinho por ser sempre presente, pelas orientações para o equilíbrio da vida pessoal e profissional, pelo apoio e pelo incentivo. Amo você!

À minha madrinha Dalila, que mesmo distante é sempre muito atenciosa, presente e torce muito por mim.

Aos meus amigos que foram muito compreensivos diante do meu afastamento em função da minha dedicação ao mestrado, com palavras de incentivo e apoio. E que se fizeram presentes por mensagens, e-mails, telefonemas.

À Prof. Dr^a. Ângela Gonçalves, uma pessoa maravilhosa e muito especial, responsável pela minha aproximação com o mestrado. Obrigada pelo apoio, pelos materiais e conhecimentos compartilhados.

À ex-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado em Enfermagem) Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena pela competência profissional, pelo acolhimento, por ser solícita e compreensiva, pelos esclarecimentos. Obrigada por acompanhar e participar da minha trajetória desde a defesa do projeto e pelas palavras de incentivo e apoio nessa caminhada.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado em Enfermagem) Dr^a. Cristina Arreguy Sena pelo pensamento crítico, dedicação, envolvimento e excelência em tudo o que faz! Grande exemplo de ser humano, pesquisadora, enfermeira e docente.

À ex- secretária do Mestrado Elisângela Trovato Nogueira de Almeida por sempre estar disposta a ajudar, pelos sorrisos e alegria e apoio cotidiano.

À secretaria Ana Cristina sempre muito solícita e paciente, disposta a ajudar.

Ao corpo docente do Mestrado pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pela diretora Prof^a. Dr^a. Denise Barbosa de Castro Friedrich e Prof^a. Dr^a. Zuleyce Maria Lessa Pacheco.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que possibilitou meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Prof Dr. Fábio da Costa CarboGIN pela oportunidade de participar do projeto de extensão “Reintegrar: saúde mental nas residências terapêuticas” que contribuiu muito para minha formação e foi uma experiência única em uma Residência Terapêutica.

A todos os discentes do Programa de Pós-Graduação, em especial à Patrícia, uma pessoa muito especial e grande amiga que conheci no mestrado! Obrigada pelo apoio, pelas horas de conversa, companheirismo, pelos momentos que vivemos nessa trajetória acadêmica! Sou muito grata a você!

À Ms. Graziela LonardonI pelo apoio, solidariedade e pelas conversas compreensivas que sempre me transmitiram muita paz. Você é uma pessoa muito especial, um grande exemplo e excelente profissional.

À Prof^a. Dr^a. Ândrea Cardoso de Souza pelas ricas contribuições, por ampliar meu olhar para a saúde mental.

A todos os membros da Banca Examinadora de Defesa da Dissertação: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves, Prof^a. Dr^a. Ândrea Cardoso de Souza; Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena, Prof^a. Vânia Maria Freitas Bara e Prof^a. Dr^a. Eliane Ramos Pereira pela solicitude, por terem aceitado o convite e pelas contribuições para a construção e conclusão da dissertação. Muito Obrigada!

Aos alunos da disciplina Enfermagem em Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora pelas experiências e conhecimentos compartilhados nesses dois anos que contribuíram para meu processo de aprendizado e formação docente.

À coordenadora do CAPS ad cenário deste estudo, por permitir o desenvolvimento da pesquisa.

Aos participantes da pesquisa, que superaram seus medos e anseios para participar desse estudo visando à qualidade da assistência e o sujeito em sofrimento psíquico.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem” pela harmonia, acolhimento, apoio, por todas as contribuições e experiências compartilhadas. Aprendi muito nesses dois anos com vocês, em especial o Prof. Dr Marcelo da Silva Alves, líder do grupo! .

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que possibilitou a dedicação exclusiva ao mestrado.

O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos. Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos

Chico Xavier

Há duas coisas na vida que se você guardar você perde Conhecimento e Afeto. Se você os guarda eles vão embora. A única maneira de ter conhecimento e afeto é reparti-los.

Mario Sérgio Cortella

RESUMO

Estudo descritivo de abordagem qualitativa na perspectiva da Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli. Tem como objetivo compreender o cotidiano da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III. A coleta de informações ocorreu no período de Abril de 2016 a Novembro de 2016 por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio com 10 profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um CAPS ad III e a observação participante com registro em diário de campo. Após a coleta, os dados oriundos das entrevistas foram organizados manualmente em Programa Microsoft Word 2007 e analisados a partir da análise de conteúdo de Minayo e do pensamento e valores da Sociologia do Cotidiano descritos por Michel Maffesoli. A partir da análise foram construídas três categorias: Poder em questão: profissionalismo e controle do trabalho; O poder psiquiátrico em cena: ainda em busca da verdade; Os descaminhos de uma prática pensada e vivida “a profissão do jeito que tem que ser”. A equipe de enfermagem vivencia um processo de mudança no CAPS ad entre as práticas tradicionais e as novas propostas de cuidado, a busca pela conquista da autonomia e controle do trabalho, a consolidação de sua prática de cuidado nesse serviço e como membro da equipe multiprofissional. A profissão está inserida em um contexto repleto de desafios no qual precisa se reinventar, aprimorar e incorporar os conhecimentos específicos à sua prática cotidiana. A formação do profissional de enfermagem também deve ser valorizada e repensada com o intuito de promover reflexão no estudante e integrar os princípios da atenção psicossocial à formação do indivíduo para evitar a reprodução da lógica manicomial. Esse estudo é um convite para ampliar o olhar para as possibilidades, propostas e atitudes para a saúde mental, logo que é importante compreender as singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, mas também se deve considerar as subjetividades dos profissionais de enfermagem que atuam nesse campo.

Palavras chave: Enfermagem, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Serviços comunitários de saúde mental, conhecimento.

ABSTRACT

Descriptive study of a qualitative research from the sociological perspective of Comprehensive Sociology proposed by Michel Maffesoli. Data collection was carried out through semi-structured audio interviews with 10 professionals from the nursing team who work in a Psychosocial Alcohol and Drug III Care Center III and participant observation with a field journal record. After the data collection, the data from the interviews were organized manually in the Microsoft Word 2007 Program, and analyzed from Minayo's content analysis, and from the thinking and values of Comprehensive Sociology described by Michel Maffesoli. From the analysis, three categories were constructed: Power in question: professionalism and work control; Psychiatric power on the scene: still in search of truth; The ways of a practice thought and lived "the profession the way it has to be". The nursing team experiences a process of change in Psychosocial Alcohol and Drug III Care Center III ad between traditional practices and new proposals of care, the search for autonomy and control of work and the consolidation of their care practice in this service and as a member of the multiprofessional team. The profession is inserted in a context full of challenges in which it needs to reinvent itself, to improve and to incorporate the specific knowledge to its daily practice. The training of the nursing professional should also be valued and rethought in order to promote reflection in the academic and integrate the principles of psychosocial attention to the formation of the individual to avoid the reproduction of the asylum. This study is an invitation to broaden the view of possibilities, proposals and attitudes for mental health, once it is important to understand the singularities of the bloke in psychological distress, but also the subjectivities of nursing professionals who work in this field must be considered.

Keywords: Nursing, Mental health, Psychiatric Reform, Community mental health services, Knowledge.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CASM	Centro de Atenção à Saúde Mental
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
PE	Processo de enfermagem
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

UFJF

Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário

1. INTRODUÇÃO	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1. Histórico da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil – por uma sociedade sem manicômios.....	21
2.2. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – uma modalidade estratégica de atenção à saúde mental	26
2.3. O cuidar da enfermagem em saúde mental.....	33
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	39
3.1. Cenário	40
3.2. Participantes	42
3.3. Aspectos éticos	43
3.4. Etapas de Campo	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1. CATEGORIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA.....	50
4.2. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	51
4.3. O PODER EM QUESTÃO: PROFISSIONALISMO E CONTROLE DO TRABALHO	53
4.4. O PODER PSQUIÁTRICO EM CENA: AINDA EM BUSCA DA VERDADE ..	61
4.5. OS DES (CAMINHOS) DE UMA PRÁTICA PENSADA E VIVIDA: “A PROFISSÃO DO JEITO QUE TEM QUE SER”	68
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE I.....	87
ANEXO I	88
ANEXO II	90
ANEXO III	93
ANEXO IV.....	94
ANEXO V	95

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento social e político que envolve transformações de práticas, valores e saberes e tem como objetivo a desinstitucionalização e construção de estratégias que visem a atenção psicossocial, que respalda-se na mudança do modelo tradicional centrado na doença e na medicalização para uma prática mais humanizada e libertadora (MIELKE et al., 2011; SOUZA, GULJOR, SILVA, 2014).

A atenção psicossocial consiste em uma nova forma de pensar e cuidar do ser humano, por meio das relações sociais norteadas pela solidariedade e visa a construção de um novo lugar para o sujeito em sofrimento psíquico permeado pela ética e respeito à diferença (CAPONI, 2000; YASUI, 2010).

Neste novo modelo de atenção à saúde é preconizado o tratamento sob uma nova clínica, pautada na reinserção social, na construção da autonomia e protagonismo do sujeito em seu tratamento e em sua vida, tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dispositivo estratégico em saúde mental.

Os CAPS foram regulamentados pela Portaria GM 224/92 (BRASIL, 1992), mas somente em 2001 foi aprovada a Lei 10.216, que determinava ao Estado a responsabilidade de proporcionar uma mudança no serviço de saúde mental (BRASIL, 2004).

Atualmente são regulamentados pela Portaria GM 336/02 e compõem a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que os reorganizou por ordem crescente, segundo a abrangência populacional, a complexidade de atenção e o público alvo (BRASIL, 2004).

Nessa organização foram inseridos os Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas (CAPS AD) que atendem pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso e dependência de substâncias psicoativas (VARGAS et al., 2014).

O Centro de Atenção Psicossocial na modalidade Álcool e Drogas está estruturado em duas modalidades: CAPS AD e CAPS AD III. O primeiro atende pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. O CAPS AD III atende pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas e funciona

vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, oferta leitos de retaguarda e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (BRASIL, 2011).

Segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, o CAPS deveria ser um serviço que se desenvolva a partir de uma prática centrada no sujeito, considerando suas singularidades e potencialidades (LIMA et al., 2014).

Nesse contexto deve ser contemplada a desconstrução do conceito de doença mental relativizando o modelo biomédico, no qual o sujeito em sofrimento psíquico deve ser compreendido para além da doença, como um corpo social e político (FOUCAULT 1979, RESENDE et al., 2016).

As diretrizes da Portaria GM 336/02 preconizam uma equipe mínima para o CAPS, composta por diversos profissionais de saúde, entre eles a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). O CAPS é um espaço repleto de possibilidades para a enfermagem (BRASIL, 2004; SOUZA et al., 2007; VARGAS et al., 2014).

Nesse sentido, a equipe de enfermagem, marcada por uma prática de cuidado norteada pelo modelo biomédico precisou adequar seu fazer cotidiano a esse serviço sendo criativa e flexível, considerando o cuidado do indivíduo, família e comunidade. Esses profissionais precisaram buscar desenvolver ações de promoção da saúde, recuperação e reinserção social, acolhimento, resgate da autonomia e da identidade do sujeito e o trabalho em equipe multiprofissional (SILVA, et al., 2013).

O interesse por esta temática se deve a minha trajetória acadêmica durante a graduação em Enfermagem na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA, na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e no Projeto de Formação de Cuidadores de Idosos.

Esse projeto teve como objetivo capacitar o indivíduo a assistir ao idoso no seu cotidiano, visando à promoção da saúde física, emocional e social. Ao término do projeto, alguns participantes relataram a falta de oportunidades de emprego em função do envolvimento com substâncias psicoativas e o preconceito e julgamento de valor a que estavam expostos. Frente a essa situação encorajamos esses indivíduos a verbalizar seus sentimentos e lutar pelos seus sonhos mesmo com as adversidades.

A sociedade percebe o usuário de droga como marginal, sem credibilidade, violento e que deve ser excluído do convívio social. A vida desse sujeito é orientada

a partir do estigma e preconceito que influenciam na possibilidade de reinserção social, reconstrução de sua vida, conquista de emprego e planos.

Esses indivíduos que fizeram parte desse projeto a fim de se profissionalizar e retomar suas vidas estavam em tratamento no CAPS ad que foi campo da disciplina Enfermagem em Saúde Mental que cursei quase na mesma época. Nesse momento, comecei a perceber como essas pessoas não eram compreendidas como seres humanos, como sofriam diante dessa rejeição e iniciei uma reflexão sobre a importância desse serviço, qual seria a atuação do enfermeiro diante dessa realidade e me interessei pela saúde mental.

Em seguida iniciei a disciplina Enfermagem em Saúde Mental e tive a oportunidade de realizar algumas atividades no CAPS ad como acadêmica e essa experiência, mesmo que por um período de seis meses permitiu mudar o meu olhar sobre o sujeito que necessita de cuidado e compreendê-lo como um indivíduo que tem uma história de vida, cultura, vivências e potencialidades.

Contudo encontrei dificuldade em compreender e reconhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para operacionalizar ações que incluam atenção ao usuário no âmbito do CAPS AD III, ressaltando que em 2012 ocorreu a mudança de modalidade do CAPS AD para CAPS AD III, em uma cidade da Zona da Mata Mineira, e que se encontrava em processo de reorganização.

Durante as atividades realizadas no contexto da disciplina como oficina terapêutica, acolhimento e consultas de enfermagem comecei a estabelecer vínculo com os usuários do serviço que em alguns momentos relataram o distanciamento da equipe de enfermagem, como se sentiam abandonados, sem oportunidade de vocalização sobre seus sentimentos, medos, dúvidas e sonhos.

Nesse momento compreendi que o cuidado não ocorre apenas por meio de procedimentos técnicos, mas que ele ocorre também a partir das relações interpessoais e expressões subjetivas dos sujeitos.

Observei uma demanda alta de usuários que eram encaminhados principalmente pela Atenção Primária, sobrecarregando o CAPS e os profissionais, causando uma insatisfação e sofrimento nos usuários e profissionais.

Como acadêmica realizando prática na instituição com um professor, não acompanhei cotidianamente as atividades junto à equipe de enfermagem, mas pude perceber que esses profissionais estavam inseridos em um contexto marcado por

dificuldades e desafios que os distanciavam dos usuários, pois estavam envolvidos em atividades que não contemplavam o cuidado presencial.

Diante dessas experiências percebi que apesar da inserção dos profissionais de enfermagem no CAPS AD III e dos avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a profissão está em construção e evolução, tendo ainda suas práticas atreladas ao modelo tradicional de atenção à saúde mental.

Desse modo, é necessário lançar um olhar sobre o saber-fazer cotidiano desses profissionais em busca do saber inovador, da superação dos desafios e a descoberta de possibilidades que envolvam sua atuação, a partir de suas experiências.

Considera-se o uso de substâncias psicoativas uma questão de saúde pública que necessita maior atenção dos usuários, profissionais de saúde, cidadãos e todos os segmentos da sociedade, pois pode afetar o estado físico, emocional e social do sujeito, família e comunidade. Desse modo faz-se necessário uma atenção interdisciplinar, podendo considerar o CAPS AD uma nova tecnologia de assistência em saúde mental.

Frente ao exposto foi sistematizada a questão norteadora: Como é o cotidiano da equipe de enfermagem num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III?

Compreender o cotidiano da equipe de enfermagem no CAPS AD III repercute em contribuir para a construção do conhecimento sobre uma importante frente de trabalho atualmente no Brasil. Portanto, o objeto desse estudo é o cotidiano da equipe de enfermagem de um CAPS AD III. Tendo como objetivo compreender o cotidiano da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III de uma cidade da Zona da Mata Mineira.

A realização do estudo se justifica pela necessidade de buscar respostas para o problema, a fim de contribuir para a reflexão, formação dos profissionais de enfermagem e para fornecer subsídios para a construção do conhecimento e de novas propostas de assistência à pessoa em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas no CAPS AD III, indicando caminhos de superação e melhora do cuidar que é realizado; e a oportunidade da enfermagem repensar e ressignificar o cuidado nessa instituição.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Histórico da Reforma Psiquiátrica no Mundo e no Brasil – por uma sociedade sem manicômios

Na sociedade moderna a loucura era tratada de forma opressiva e as pessoas rotuladas como doentes mentais eram excluídas da sociedade e colocadas em instituições hospitalares (FOUCAULT, 1997). A psiquiatria se tornou uma especialidade médica que se dedicava ao tratamento moral, repressão, práticas centradas na exclusão, confinamento, humilhação e que equiparou manicômios a hospitais (FOUCAULT, 1977).

Conforme Foucault (1997) e Basaglia (2005) pode-se dizer que foi um artifício que o Estado apreendeu para oprimir as pessoas doentes e pobres, que não tinham serventia para a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1997; BASAGLIA, 2005).

Segundo Goffman (2003) os hospitais psiquiátricos eram “instituições totais”, locais repletos de normas e rotinas institucionais, hierarquizados no qual o usuário era afastado do convívio social e de possibilidades de trocas sociais. Objetivava controlá-los e tratá-los de modo homogêneo, no qual eram desprezadas suas singularidades.

As pessoas com transtornos mentais que eram internadas nessas instituições eram esquecidas por seus familiares e na maioria dos casos nunca mais retomavam ao convívio social com seus familiares e em sociedade. Abandonadas e restritas aos manicômios eram expostas a todo tipo de tratamento que as desrespeitavam como seres humanos e não tinham oportunidade de vocalização e direito a liberdade (GOFFMAN, 2003).

Foi na Itália que o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início e foi consolidado como um processo político-social a partir da lei Italiana 180 em 1978 (FUSAR-POLI; BRUNO; MACHADO DE SOUSA, 2011), que tinha como objetivo o fechamento dos hospitais psiquiátricos, redução das internações psiquiátricas e a criação de serviços substitutivos (BERSANI, 2009).

Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano, principal articulador e idealizador deste movimento, a Psiquiatria Democrática (PYCHA et al., 2011). Para Basaglia, a psiquiatria transformou o indivíduo e seu corpo em objetos, sujeitos a todo tipo de intervenção e se afastou da experiência existencial dos seres humanos. Nesse

contexto, analisou criticamente a realidade do tratamento centrado no isolamento social, exclusão e repressão (BASAGLIA, 2005).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciada por esse movimento que aconteceu na Itália e em outros países e tinha como pilar a reestruturação da assistência por meio da substituição do modelo manicomial pelo modelo psicossocial e a redução de leitos psiquiátricos e fechamentos dos manicômios (AMARANTE; COSTA, 2012; BRASIL, 2015).

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental era baseado na lógica manicomial centrado nas internações psiquiátricas. O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu ao final dos anos 70, a partir de movimentos sociais que buscavam os direitos dos pacientes psiquiátricos inseridos numa realidade permeada pela violência asilar (BRASIL, 2005).

Conforme Amarante (1994), esse movimento de caráter político, ideológico, social, administrativo, cultural e jurídico tinha o objetivo de sensibilizar a sociedade e promover uma mudança no olhar sobre a saúde mental e o sofrimento psíquico.

O excesso de internações psiquiátricas e a inexistência de administração do poder público em relação aos gastos ocasionados por elas influenciou a sociedade (usuários, familiares, profissionais de saúde, militantes da saúde mental e de direitos humanos) a contestar esse modelo (MELO, 2015).

Em função dessa movimentação da sociedade fazendo objeção ao modelo vigente na época, aconteceram vários encontros promovidos pelos profissionais e cidadãos com o intuito de discutir as práticas realizadas no modelo hospitalocêntrico baseada em internações (PITTA, 2011).

As internações psiquiátricas nem sempre ocorriam em função de um problema dessa esfera, logo que, os indivíduos eram internados por diversos motivos, principalmente por não se enquadrarem aos padrões exigidos pela sociedade. A violação aos direitos humanos era muito presente, os internos eram sujeitos a todo tipo de violência que resultava na perda da identidade e autonomia como exposto no relato de Arbex (2013, p.14):

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse viver, ou morar com a amante (...) (...) Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram

espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos.

Dentre os principais eventos e encontros que discutiram novas ideias e questionaram o modelo manicomial, destacam-se: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (1978), o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas (1983), o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo (1985), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987).

A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990 pode ser considerada um diferencial para a saúde mental, pois nesse evento foi decretado o documento nomeado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina decidiram reorganizar a atenção à saúde mental, analisar criticamente a realidade em seu país acerca do modelo manicomial centrado em internações e violação dos direitos dos indivíduos. E a considerarem os direitos humanos dos sujeitos em sofrimento e discutirem a reinserção social com propostas mais inclusivas (OMS/OPAS, 1990).

Neste contexto a 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs em seu relatório final a reavaliação dos serviços em saúde mental e da legislação que vigorava na época. Essa oportunidade de repensar promoveu discussões que resultaram na construção do projeto de Lei 3657/89 pelo deputado na época Paulo Delgado. Esse projeto de lei recomendava o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos, assegurando às pessoas em sofrimento psíquico uma assistência de base comunitária (BRASIL, 1989). O sistema de saúde brasileiro que antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável pela preservação do modelo centrado no hospital.

A partir da implantação do SUS (estabelecido Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990) e de seus princípios (universalidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade das ações; equidade, visando garantir o direito à saúde a todos, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos da saúde e controle social, a ser exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com a participação dos usuários, profissionais e demais segmentos da sociedade), reforçou e assegurou as propostas de liberdade e os princípios da Reforma Psiquiátrica (GOULART, 2013).

O ambiente político, social e econômico permitiu que no ano de 2001, fosse aprovada a Lei Federal 10.216 que sustentava suas ideias no projeto de Lei 3657/89. A aprovação dessa lei representou uma vitória e uma oportunidade para a construção de um modelo seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2011).

A Lei 10.216/2001 determina a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e propõe uma reorganização do modelo de atenção em saúde mental com serviços em base comunitária (BRASIL, 2001; FERNANDES; SILVA; IBIAPINA, 2015).

Desse modo, como principais propostas da Reforma Psiquiátrica destacam-se o fechamento dos hospitais psiquiátricos e redução das internações, a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas (que acolhem os sujeitos com transtorno mental, egressos ou não dos hospitais, que não tem suporte familiar) (AMARANTE; COSTA, 2012).

Nesse contexto, a Portaria GM 3088/11, republicada em maio de 2013, determina a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS destina-se a ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, estimular a construção de vínculo dos sujeitos e familiares que necessitam de atenção com os pontos de assistência, proporcionar articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território por meio do acolhimento, acompanhamento terapêutico contínuo e assistência às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS valoriza o desenvolvimento de ações no território em serviços de base comunitária e a clínica centrada no sujeito. Tem como objetivo proporcionar a articulação entre os pontos da rede viabilizando a atenção aos sujeitos, assegurar o acesso à atenção psicossocial, prevenção do consumo e dependência química, redução de danos e a reinserção dos usuários em seu meio social (BRASIL, 2011).

Apesar das mudanças do modelo manicomial para o modelo psicossocial, ainda há alguns impasses na organização da atenção à saúde mental no Brasil (AMARANTE; COSTA, 2012).

A atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico não se restringe a sistematização dos pontos de atenção à saúde mental. É preciso ampliar esse olhar para a inclusão e reinserção social, com a oportunidade do sujeito exercer a cidadania, conquistar um emprego para geração de renda e independência (IVO DE CARVALHO; WESTPHAL; PEREIRA LIMA, 2007).

Os aspectos sociais devem ser levados em consideração, pois eles são determinantes para a reinserção social e sucesso das políticas públicas de saúde mental. É necessário valorizar e articular as propostas de políticas que valorizem a cultura, o lazer, a oportunidade de emprego e a geração de renda às políticas de saúde mental (IVO DE CARVALHO; WESTPHAL; PEREIRA LIMA, 2007).

Corroborando, Pitta (2011) destaca que a redução das internações e retirada dos indivíduos dos hospitais psiquiátricos não confere qualidade de vida e mudança no tratamento dessas pessoas. É necessária uma mudança no olhar da sociedade para esses indivíduos e oportunidades para se reinserirem na sociedade como cidadãos (PITTA, 2011).

Desse modo espera-se evoluir mais, buscar o resgate da identidade e cidadania do indivíduo em sofrimento; a atenção e o respeito às suas singularidades e subjetividades, tornando-o sujeito coparticipativo de seu tratamento, que tem a oportunidade de decidir sobre sua vida. E suspender a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se a construção da autonomia e a reinserção da pessoa em sofrimento psíquico à família e sociedade.

A Reforma Psiquiátrica pode ser considerada um processo que ainda está em curso e suscita muitas reflexões. Está inserida em um contexto político, social e econômico repleto de conflitos, resistências, disputas e desafios e vem se desenhando no país como um processo de diferentes graus de aceitação pelos profissionais de saúde e sociedade (GONÇALVES, SENA, 2001; FURTADO, et al., 2015).

Reflexo disso é que após décadas de conquistas proporcionadas por esse movimento, o cenário ainda se encontra ameaçado por uma série de tentativas veladas de reavivar o antigo modelo de tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, observa-se o crescente surgimento de serviços substitutivos que não oferecem atenção adequada aos sujeitos em sofrimento psíquico, profissionais sem a devida qualificação em saúde mental, que reproduzem o modelo tradicional, mesmo que de forma sutil, o que confere a esses serviços o papel de depósitos de pessoas.

No ano de 2015, ocorreu a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho, para a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Destaca-se que na década de 1990 esse psiquiatra foi coordenador da Casa

de Saúde Doutor Eiras, considerado o maior manicômio privado da América Latina, fechado em 2012 por ter sido palco de sofrimento e violações aos Direitos Humanos.

Esse psiquiatra foi contra o processo de Reforma Psiquiátrica e a decisão do Ministério da Saúde surpreendeu e preocupou os militantes da saúde mental (Amarante, 2016).

Esse cenário foi de muita tensão para as pessoas que apoiam as políticas de saúde mental e percebem o indivíduo em sofrimento psíquico como um ser humano. Ocorreram protestos em diversas regiões do país para defender os direitos dos sujeitos e tentar evitar retrocessos na saúde mental.

Desse modo, Amarante (2016) considera que a sociedade precisa compreender e se conscientizar de que algumas classes da sociedade entendem a saúde como mercado e não como um processo de produção social.

2.2. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – uma modalidade estratégica de atenção à saúde mental

Com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, o modelo tradicional começou a sofrer transformações, conceitos pré-estabelecidos sobre doença mental começaram a ser questionados e conseqüente o modelo vigente também começou a ser questionado e criticado (AMARANTE; COSTA, 2012).

Os hospitais psiquiátricos que eram produtores de exclusão começaram a dar espaço para serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Estratégia Saúde da Família, Residências Terapêuticas entre outros (AMARANTE; COSTA, 2012).

No modelo tradicional da psiquiatria eram oferecidas atividades laborativas e artísticas aos indivíduos, pois eram consideradas atividades terapêuticas. Desse modo, essas atividades eram prescritas pelos médicos assim como os medicamentos e outras condutas tradicionais. Os indivíduos internados eram obrigados a aceitar o que era estabelecido pelos profissionais sem considerar o seus interesses, habilidades e disposição para determinada atividade (AMARANTE; COSTA, 2012).

Essas atividades faziam parte do conjunto de estratégias e mecanismos

institucionais de controle e disciplina, o poder disciplinar, como analisa Foucault (1977, p.127):

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia-política”: que é também igualmente uma mecânica de poder, está nascendo (...) A disciplina fabrica assim corpos submissos, exercitados, corpos dóceis.

Corroborando com Goffman (2003) e Foucault (1977), dentro dessa perspectiva, essas atividades tinham como objetivo (velado), o adestramento, a docilização e a alienação dos indivíduos.

No contexto da Reforma Psiquiátrica não ocorre apenas uma mudança administrativa e da lógica manicomial. Há uma construção do pensamento crítico sobre o paradigma psiquiátrico, o conjunto de práticas, conceitos e teorias sobre o saber psiquiátrico (AMARANTE; COSTA, 2012).

A função da instituição deixa de ser a de controlar, vigiar e disciplinar os corpos, para o desenvolvimento de estratégias e possibilidades com o sujeito em sofrimento (AMARANTE; COSTA, 2012). Desse modo, os serviços de atenção psicossocial começam a ser palco de trocas sociais, construção de relações, valorização da vida, história e das subjetividades dos indivíduos (ROTELLI, 1990).

Nesse sentido a atenção psicossocial preconiza a integralidade das ações de cuidado no território, a horizontalização das relações profissionais, a ampliação da autonomia e respeito às singularidades do indivíduo em sofrimento psíquico e a valorização das subjetividades do indivíduo na prática do cuidado (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2001).

De acordo com a III e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, destaca-se que a atenção psicossocial deve ser construída a partir da intersetorialidade nas práticas de cuidado e a desinstitucionalização do usuário (Brasil, 2010).

A inserção do modelo psicossocial no país iniciou-se com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira da Secretaria Estadual de Saúde, na cidade de São Paulo em 1987 (AMARANTE, 2007).

Esse serviço tinha como propostas a atenção em base comunitária e atendimento para sujeitos em sofrimento intenso e grave que eram tratados apenas em hospitais, rompendo com a lógica manicomial (AMARANTE, 2007).

O CAPS começou a configurar-se um importante recurso para a consolidação das políticas de saúde mental e um campo fértil para formação de profissionais norteados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Após a implantação em 1987 do CAPS Luiz Cerqueira e dos Núcleos de atenção à Saúde (NAPS) de Santos em 1989, outros serviços começaram a ser criados (AMARANTE, 2007).

Nesse sentido buscava-se que a atenção à saúde mental fosse realizada para além dos hospitais psiquiátricos por meio da intersetorialidade, enfatizando a articulação da saúde, assistência social, educação e justiça (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013).

Com as perspectivas abertas por estes serviços pioneiros, os CAPS foram criados oficialmente pela Portaria GM 224/92, se consolidando como dispositivos responsáveis pela diminuição de internações e tentativa de mudança do modelo assistencial (BRASIL, 1992).

Atualmente são regulamentados pela Portaria GM 336/02 e constituem a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. O CAPS tem como objetivo substituir o modelo hospitalocêntrico, oferecer atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, promover a inserção social dos usuários e familiares (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria GM 3088/11, os CAPS são divididos em modalidades. O CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes (BRASIL, 2011).

O CAPS II atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes (BRASIL, 2011).

O CAPS III atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Oferece atendimento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno aos usuários conforme avaliação criteriosa realizada por equipe multiprofissional. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011).

O CAPS AD atende adultos, crianças e adolescentes, respeitando as premissas do Estatuto da Criança e do Adolescente. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. O CAPS AD III atende adultos, crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2011).

E o CAPS infantil atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Os CAPS devem desenvolver assistência considerando o projeto terapêutico individual e familiar, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atividades comunitárias que insiram o usuário em seu meio social e familiar (BRASIL, 2005).

O CAPS é considerado a principal estratégia para implantação da política nacional de saúde mental que envolve novas tecnologias de cuidado, participação de vários segmentos da sociedade e sujeitos como profissionais, usuários, familiares e comunidade (YASUI, 2010).

Desse modo os CAPS são dispositivos que permitem a construção de um novo olhar para o sofrimento psíquico, a produção de cuidado considerando a clínica ampliada centrada no sujeito e fundamentada nos princípios do SUS, a inserção das pessoas no território, que vai além de um conceito geográfico. O território deve ser compreendido como um espaço de vivências e experiências do indivíduo (BRASIL, 2005; SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

O cuidado no âmbito do CAPS deve ser realizado de modo interdisciplinar e multiprofissional, no qual os profissionais devem trabalhar em equipe, articular e respeitar seus conhecimentos e diferenças em benefício dos usuários (FURTADO, et al, 2015).

Historicamente os usuários de substâncias psicoativas foram inseridos na psiquiatria como uma estratégia para excluí-los da sociedade em instituições centradas no controle, na violação dos direitos humanos e medicalização (VARGAS et al., 2014).

Após avanços da Reforma Psiquiátrica observa-se que uma pessoa em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas ainda é considerada louca, tem dificuldade em conseguir um emprego, uma oportunidade em uma escola, ou participar de atividades coletivas em seu ambiente familiar e social (AMARANTE; COSTA, 2012)

Segundo Amarante e Costa (2012), a sociedade construiu um imaginário social em torno desses indivíduos repleto de preconceitos e estigmas, esquadrihando-os como criminosos, ligados ao tráfico, irracionais, incapazes e sem credibilidade (AMARANTE; COSTA, 2012).

São submetidos a constantes julgamentos de valor, despidos de valor moral, o que promove um modelo de atenção voltado para a exclusão (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Os indivíduos em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas, no período de abstinência, podem estar sujeitos a desenvolver depressão, anorexia, psicoses e convulsões (FONSECA, GONDIM, FONTELES, 2014).

Nesse contexto os profissionais médicos diagnosticam o sujeito com alguma doença mental e prescrevem uma terapêutica farmacológica baseada nos sintomas e na presença de comorbidades psiquiátricas, o que pode ser considerado uma forma de disciplina realizada por meios químicos para controle dos corpos e da abstinência, considerando o sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas “doença crônica, recorrente e incurável” (DE FARIA, SCHNEIDER, p. 326, 2009).

O tratamento não deve se restringir apenas a uma resposta medicamentosa, é preciso que os profissionais considerem o contexto social e os determinantes sociais (fatores sociais, culturais, econômicos, psicológicos entre outros) (Brasil, 2006), que podem influenciar na história de vida dos sujeitos, e articulem o tratamento medicamentoso às novas tecnologias de cuidado (DE FARIA, SCHNEIDER, 2009; FRANCES, 2016).

Nessa perspectiva, o uso de álcool e drogas deve ser considerado um problema de saúde pública que merece atenção e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Desse modo, em 2003 o Ministério da Saúde apresentou uma política sobre álcool e outras drogas.

A “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas” converge com os princípios do SUS e Reforma Psiquiátrica. Tem como diretrizes a intersetorialidade, a atenção integral, a descentralização, a equidade e a criação de serviços substitutivos aos manicômios como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Essa política foi influenciada pelos princípios de redução de danos, que preconizam novas abordagens terapêuticas que vão além das práticas moralistas e da abstinência (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

A redução de danos pode ser entendida como estratégias de cuidado que objetivam reduzir os danos sociais, emocionais e à saúde que o consumo de drogas pode causar, mesmo que o usuário tenha dificuldade de cessar o consumo total da substância (MACIEL, VARGAS, 2015).

Essas estratégias consistem em ensinar e estimular o autocuidado, a educação e a promoção da saúde, a distribuição de preservativos para evitar doenças sexualmente transmissíveis, a orientação sobre a possibilidade de substituição de substâncias com efeitos deletérios por menos prejudiciais, a orientação sobre vacinação contra hepatite b, entre outros (FÔNSECA, 2012).

Destaca-se que para implementar ações pautadas na redução de danos, o profissional precisa suspender suas expectativas e julgamento de valor, para que consiga respeitar as singularidades e as escolhas dos indivíduos. A redução de danos não se opõe à abstinência, mas acredita em outras possibilidades para os usuários que escolham não abandonar o consumo total de drogas (TEIXEIRA, FONSECA, 2015; SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010).

Em 2009 foi estabelecido o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde que visava ampliar o acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e

outras drogas, e capazes de enfrentar situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, 2009).

Em 2010, foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas que determina a prevenção do uso, o tratamento e reinserção social de usuários, e enfrentamento do crack e outras drogas. Tem como objetivos: articular e ampliar as ações voltadas para prevenção e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, valorizando e estimulando a participação dos familiares; fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas; ampliar a participação comunitária nas políticas (BRASIL, 2010).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) são os dispositivos estratégicos da rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. Baseiam-se em uma assistência de atendimento individual, em grupos, oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias, enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; e atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2005).

De acordo com Schneider e Sporth (2006), caracteriza-se por realizar atendimento por uma equipe interdisciplinar na perspectiva da redução de danos, a prevenção, o reestabelecimento e a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Apesar de o CAPS ser considerado uma estratégia em saúde mental ele ainda está em construção, uma vez que apresenta fragilidades. Podem ser consideradas como fragilidades, a reprodução da lógica manicomial que pode fragmentar o cuidado, gerar institucionalização dos usuários e tutelar o corpo; a estrutura física inadequada, a carência de profissionais qualificados e especializados em saúde mental, o que explicita que ainda não se rompeu totalmente com a lógica manicomial (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2006; DIMENSTEIN et al., 2009; 2012).

A atenção à saúde mental teve grandes avanços, porém ainda vivenciamos um “cenário em que os objetivos eticamente orientados para a abolição dos tratamentos de cunho manicomial estão longe de serem alcançados em sua plenitude” (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013).

Para tanto, práticas de cuidado estão sendo discutidas com o intuito de promover mudanças e sensibilizar os trabalhadores de saúde mental a desenvolverem a capacidade de se colocar no lugar do outro e compreenderem o

sujeito em sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas como um ser humano biopsicossocial (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

2.3. O cuidar da enfermagem em saúde mental

Historicamente a enfermagem tem sido marcada por processos de mudanças em sua prática cotidiana e conhecimentos. Essas transformações ocorrem concomitante aos acontecimentos políticos, sociais e econômicos que influenciam a profissão e refletem em novas propostas de saberes específicos (SILVEIRA et al., 2011).

A enfermagem não era considerada uma profissão e suas ações eram realizadas por leigos (pessoas sem estudos e de classe social considerada inferior). Os cuidados eram realizados pela lógica da compaixão, da caridade, por sentimentos de humildade e obediência (CAPONI, 2000). As pessoas realizavam ações de cuidado na Santa Casa de Misericórdia regidas pelas religiosas e o ensino era transmitido sem uma sistematização e fundamentação teórica, apenas verbalmente pelas irmãs (BARROS, 2000).

Nesse contexto, insere-se a enfermagem psiquiátrica que surgiu com a criação do hospital como espaço de produção do saber e da verdade e para intervenção clínica dos profissionais sob os corpos dos sujeitos. A enfermagem tinha um papel preponderante nesse local, pois era ela a responsável por garantir o funcionamento adequado por meio de estratégias disciplinares (FOUCAULT, 1997). Estas estratégias estavam imersas em mecanismos como vigilância, registro contínuo e controle.

No hospital psiquiátrico o médico era considerado a autoridade, o detentor do saber e para garantir a ordem e execução de suas determinações precisava de um profissional que exercesse ações de vigilância e controle. Desse modo, o enfermeiro assumiu a responsabilidade de manter a ordem, o controle, a higiene social e física e o controle social (SILVEIRA et al., 2011). Corroborando, Stutz (2011) afirma que a enfermagem sempre esteve ligada a princípios como disciplina, sacrifício, caridade, generosidade e obediência.

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, anexa ao Hospício Nacional de Alienados, criada por meio do Decreto nº 791 de 1890, fundada no mesmo ano, foi a primeira escola de enfermagem e tinha como objetivo formar profissionais de enfermagem para atuarem no

hospício. Destaca-se que os cursos de enfermagem da época não se amparavam no modelo nightngaleano e eram liderados e ministrados por médicos que os conduziam com o intuito de formar profissionais submissos, acríticos e sem autonomia (BRAGA; OLSCHOWSKY, 2015).

Nos hospitais psiquiátricos os profissionais não preocupavam-se em construir o relacionamento terapêutico com os usuários e familiares e o cuidado era verticalizado (OLIVEIRA, 2015).

No século XX, a consolidação do hospital psiquiátrico ocorreu em função do desenvolvimento da indústria farmacêutica e pela alta rentabilidade que as internações psiquiátricas conferiam aos proprietários gananciosos dessas instituições (MACHADO; COLVERO, 2003).

No entanto, com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 70, esse modelo hospitalocêntrico começou a ser discutido com o intuito de proporcionar mudanças na atenção à saúde mental no contexto político, social, ideológico e ético. Esse movimento tinha como principal proposta a desospitalização desenhada em um cenário de internações psiquiátricas que afastava o indivíduo da sociedade e o impedia de exercer sua cidadania (SILVEIRA et al., 2011).

Nesse sentido, foi necessário desaposar esses hospitais e desconstruir a ideia de que eles eram o local de referência no tratamento em saúde mental. Desse modo, foram criados serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, com a proposta de oferecer uma assistência ao sujeito em sofrimento psíquico pautada na inserção social e na construção do vínculo entre profissionais, usuários e família (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial são serviços extra-hospitalares criados a fim de promover uma nova forma de fazer clínica, na qual o foco do cuidado seja o sujeito e sua existência-sofrimento e não a doença (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, uma das mudanças foi a organização do trabalho em equipe nos novos serviços de saúde mental.

No hospital psiquiátrico o trabalho era norteado pela lógica da hierarquia, na qual o médico era figura central e autoridade e o indivíduo em sofrimento era o objeto sujeito às intervenções disciplinares. Nos serviços substitutivos contempla-se o encontro dialogado, a valorização das potencialidades humanas e a compreensão do sujeito como corpo sócio-político (FOUCAULT, 1979; PINHO et al., 2014).

O sofrimento psíquico deve ser “considerado um fenômeno social e

multifatorial”, pois seria pretensão responsabilizar apenas uma profissão pelo cuidado do ser humano (PINHO et al., p.68, 2014).

Nesse sentido, surge um espaço que proporciona a reflexão sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental. O cuidado em saúde mental vai além do tratamento da doença e dos sintomas. Os profissionais de enfermagem devem incorporar à sua prática tecnologias de cuidado que semeiem a reinserção desses sujeitos na sociedade (FERREIRA, 2015; NASI, et al., 2015).

Merhy (2003) reflete que o trabalho em saúde não se limita a equipamentos e saberes tecnológicos, logo que deve ser operacionalizado a partir das relações, subjetividades e encontro dialógico.

Nessa perspectiva as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde não devem ser vinculadas apenas a uma lógica reducionista no qual impera equipamentos, máquinas e intervenções sobre o corpo. Elas podem ser divididas em leves, que são as tecnologias que envolvem relações, construção do vínculo e acolhimento; leve-duras que são os conjuntos de saberes, o saber-fazer cotidiano e as tecnologias duras, que envolvem os equipamentos tecnológicos, máquinas e normas (MERHY, 2003).

Destaca-se que essas tecnologias estão interligadas de modo que o “trabalho vivo em ato” (produzido pelo profissional a partir do seu conhecimento), além de produzir tecnologias leves pode produzir tecnologias duras e/ou leve-duras (MERHY, 2003).

Desse modo essas tecnologias são fruto do trabalho vivo no contexto da saúde mental e na possibilidade de transformar o cuidado realizado pela equipe de enfermagem. Destaca-se que deveria haver uma articulação entre essas tecnologias na clínica de enfermagem, pois o que faz a diferença é a intencionalidade do profissional (MERHY, 2003; KOERICH, et al. 2006).

No entanto para operacionalizar estratégias de cuidado junto ao usuário e família é preciso valorizar as relações, o encontro dialógico, as subjetividades, contemplar as demandas sociais (FERREIRA, 2015; NASI et al., 2015).

Nesse prisma, “a saúde deve ser pensada como processo de produção social” e as instituições como o CAPS, são espaços que podem proporcionar o cuidado alicerçado na clínica ampliada centrada no sujeito, família e comunidade, a inserção na sociedade (GRIGOLO; PAPPANI, p. 7, 2014), como explicita:

“A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida” (BRASIL, 2007).

Para Campos (2003) a clínica ampliada propõe tratar o sujeito e não apenas a doença, logo que lança um olhar para as individualidades e potencialidades dos sujeitos, para a reinserção, resgate da identidade e autonomia por meio do relacionamento terapêutico usuário-profissional e interação entre a equipe interdisciplinar. Entende que o território não se limita a áreas determinadas para atendimento, mas engloba o espaço social, palco de vivências e experiências dos indivíduos.

A clínica ampliada visa relativizar o paradigma da biomedicina e promover a “cogestão” do cuidado entre profissionais e usuários. Consiste no pensar e fazer coletivo, na construção de relações baseadas no diálogo, na partilha de saberes, poderes e responsabilização (CAMPOS, 2003).

Desse modo, a equipe de enfermagem deve refletir sobre sua formação, seus referenciais teóricos e sua prática cotidiana para assumir uma postura terapêutica, autônoma e humanista (GRIGOLO; PAPPANI, 2014).

Cavalcanti, Oliveira, Caccavo e Porto (2014) afirmam que esses profissionais não precisam renunciar e esquecer os saberes construídos e apreendidos anteriormente, mas precisam reciclar e reinventar sua prática, com o objetivo de desconstruir o modelo manicomial que ainda é muito presente.

Devem articular o conhecimento empírico e científico para cuidar considerando valores, cultura, crenças e o usuário como coparticipante do projeto terapêutico (ALVES, OLIVEIRA, 2010).

Alguns princípios que devem estar presentes no cotidiano da equipe de enfermagem e que se entrelaçam à clínica ampliada são a empatia, intuição, escuta qualificada, postura ética, esperança e tempo (CAVALCANTI; OLIVEIRA; CACCAVO; PORTO, 2014).

A equipe de enfermagem precisa acreditar no usuário, ter esperança que pequenas mudanças podem acontecer e proporcionar dias melhores e estimular a concepção de futuro para o usuário (ALVES; OLIVEIRA, 2010). O tempo envolve não só o “estar disponível”, mas o respeito ao tempo e limite do outro sem pressa e

sem intimidá-lo para obter resultados (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

A escuta qualificada é um momento para o profissional de enfermagem exercer o autoconhecimento, se conhecer para escutar e conhecer o outro. Suspender o julgamento de valor para poder escutar, apoiar e compartilhar a situação de sofrimento vivida pelo sujeito (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Nesse prisma, Mayeroff (1979) refletiu que o cuidado está intimamente conectado ao crescimento pessoal, pois a troca e interação provocada por ele, produz transformações no sujeito que recebe esse cuidado e no profissional que o realiza. Ele destaca que para cuidar e ajudar o outro é preciso conhecer a si mesmo para que consiga desvelar e mergulhar na essência do ser que é cuidado.

A prática de enfermagem na atualidade deve fundamentar-se na atenção psicossocial. Nesse contexto há várias atividades terapêuticas que a equipe pode desenvolver, como relação de ajuda, atendimentos em grupos, o relacionamento interpessoal, a valorização das potencialidades e recuperação/promoção da autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico, mediante uma abordagem compreensiva e individualizada e o apoio familiar (SILVEIRA et al., 2011).

É preciso considerar a família como corresponsável pelo tratamento de seu familiar. A família precisa ser cuidada, apoiada e receber atenção, pois pode ter dificuldade em aceitar e conviver cotidianamente com o indivíduo e desenvolver um sofrimento diante desse contexto (VICENTE; MARCON; HIGARASHI, 2016).

Portanto, conhecer a realidade familiar e como se dá a convivência entre familiares e usuários configura um diferencial para a prática de cuidado em enfermagem (MORENO; BARBOSA, 2015).

Ressalta-se que a enfermagem possui um corpo de conhecimentos específicos, destacando as contribuições das teóricas Hildegard Peplau (Teoria das Relações Interpessoais), que descreveu uma teoria de enfermagem centrada na relação enfermeiro-paciente e Josephine Paterson e Loretta Zderad (Teoria Humanística) que permitiram lançar outro olhar para a enfermagem, como um encontro vivido e dialogado (LIMA et al., 2014).

Peplau fundamenta-se no relacionamento interpessoal, que permite que a equipe de enfermagem reconheça a pessoa que necessita de cuidado como sujeito coparticipante da tomada de decisão no seu processo terapêutico. Entretanto, conforme apresentam Lima e colaboradores (2014), o relacionamento interpessoal não é muito valorizado e é compreendido como uma relação amigável entre o

profissional e sujeito, sem considerar sua essência terapêutica e científica.

Paterson e Zderad acreditam que o cuidado só pode ser exercido presencialmente, como um encontro empático e dialógico em que prevaleçam escolhas compartilhadas, potencialidades e possibilidades para ser-mais. Consiste em uma relação entre profissional, usuários e família que deve contemplar a presença genuína e o estar com o outro, estar junto (SCHAURICH et al., 2005).

Estas teorias foram elaboradas há muitos anos, mas se entrelaçam aos princípios da Reforma Psiquiátrica e se aproximam da realidade que a enfermagem em saúde mental está buscando. A enfermagem almeja a consolidação como profissão relevante para a saúde e sociedade, para tanto precisa reestruturar os sentidos de sua prática de cuidado. Nesse sentido Moraes e colaboradores (2010, p. 531) afirmam que:

A participação da enfermagem enquanto membro da equipe interdisciplinar demonstrava, aos profissionais de outras áreas, saberes específicos que a enfermagem detinha como ferramenta de trabalho, conquistando assim, visibilidade dentro da equipe.

O CAPS deve ser valorizado e entendido como um espaço que pode oportunizar a confraternização e interação, o respeito às diferenças, a construção de saberes a partir das experiências dos profissionais, usuários e família (SANTOS et al., 2012).

Entretanto, após anos observa-se que apesar de algumas mudanças no cuidado em enfermagem, o sujeito ainda é tratado como objeto e visto apenas como um doente. A enfermagem encontra-se em um processo de transição entre a prática reducionista e manicomial e o assentimento aos preceitos da clínica ampliada centrada no sujeito (SILVEIRA et al., 2011).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa na perspectiva da Sociologia do Cotidiano de Michel Maffesoli para investigar o cotidiano da equipe de enfermagem em um CAPS AD III.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão do fenômeno a partir da visão do sujeito, sem a intenção de mensurar ou quantificá-lo (MINAYO, 2014). Preocupa-se em compreender “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, p.22, 2014).

A equipe de enfermagem tem muito contato com os usuários das instituições de saúde e tem a oportunidade de lidar com a dimensão existencial dos sujeitos. Nesse sentido, a Sociologia Compreensiva pode orientá-los em sua prática cotidiana, pois ela estimula o profissional a lançar um olhar para a subjetividade do indivíduo e permite a compreensão do ser humano (MAFFESOLI, 2008).

Michel Maffesoli, sociólogo francês, nascido em Graissessac em 1944, é professor de Sociologia da Universidade de Paris-Sorbonne Descartes. Fundou em 1982 com Georges Balandier o Centre d'Études sur l'Actuel et le Quotidien (CEAQ - Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano).

Publicou várias obras sobre o imaginário, cotidiano e viver. Dentre elas destacam-se: A Lógica da Dominação (1976); O Conhecimento Comum - Introdução à Sociologia Compreensiva (1985); O Tempo das Tribos (1988); Elogio da Razão Sensível (1996); Sobre o Nomadismo: Vagabundagens Pós-Modernas (1997); O Ritmo da Vida - Variações sobre o Imaginário Pós-Moderno (2004) (NÓBREGA et al., 2012).

Inspirou-se no pensamento de Simmel, Shutz, e Weber, que fundamentaram a possibilidade do método compreensivo para a Sociologia; a teoria filosófica de Heidegger sobre o homem como um “ser-no-mundo”; e o pensamento antropológico de Durand sobre estruturas do imaginário (NÓBREGA et al., 2012).

Maffesoli (2008) propõe a reflexão sobre o fenômeno sem realizar julgamento de valor, valorizando a verdade, a autenticidade da descrição dos fenômenos. A Sociologia do Cotidiano permite mergulhar na subjetividade, ir às coisas que se apresentam ocultas e compreender o fenômeno vivido a partir da perspectiva do sujeito, pois cada um experimenta e percebe uma mesma situação de modos

diferentes, pois cada ser humano tem suas singularidades e história (NÓBREGA et al., 2012).

Desse modo, o estudo da Sociologia do Cotidiano de Maffesoli centra-se no cotidiano que se expressa pelas atitudes, relações, valores, interação, crenças e cultura por meio da compreensão do fenômeno a partir da interpretação na perspectiva do outro. Assim, Maffesoli define que:

(...) levar em conta um mundo que 'já está aí', um ambiente social e natural que não pode ser modelado à vontade, mas que, ao contrário, resiste à injunção racionalista ou, pelo menos, relativiza-o. (MAFFESOLI, 2008, p. 151).

Sob o olhar da Sociologia do Cotidiano de Maffesoli, surge a necessidade de resgatar valores esquecidos (MAFFESOLI, 2008), que poderá ser observada no cotidiano da equipe de enfermagem do CAPS AD III; e também por meio do processo de reforma psiquiátrica, no qual a equipe encontra-se numa fase de transição da lógica manicomial para a apreensão de princípios, como a subjetividade. Com isso, o CAPS AD III é um local que pode ser considerado rico em relações cotidianas (seja com o indivíduo, família e comunidade) e constitui-se em um ambiente repleto de possibilidades para a equipe de enfermagem.

3.1. Cenário

O campo de pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III de uma cidade da Zona da Mata Mineira. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD 24 horas).

Este serviço funciona 24 horas, finais de semana e feriados. É um serviço específico para o cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu público alvo são adultos, mas podem atender crianças e adolescentes se respeitado o que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2012b).

A escolha do CAPS deve-se ao fato de ser considerado um serviço estratégico da Reforma Psiquiátrica para pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. Foi selecionado um CAPS AD III gerenciado pela Rede de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da cidade escolhida que pertence à Zona da

Mata Mineira.

Esta cidade apresenta área geográfica ampla e uma população de aproximadamente 600 mil habitantes (IBGE, 2015). Foi reconhecida como referência em saúde mental pelo coordenador nacional de saúde mental em 2015, Roberto Tykanori, por seu pioneirismo no processo de desinstitucionalização e por oferecer suporte às pessoas em sofrimento psíquico com uma rede substitutiva completa.

A cidade vislumbrava a necessidade de aperfeiçoar a atenção à saúde mental a partir do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciado por nomes como Basaglia e Foucault (BRASIL, 2010).

Ocorreu o fechamento de vários hospitais psiquiátricos nesse município com a proposta de uma atenção extramuros, para tanto foi necessário a criação de serviços substitutivos. A rede de atenção à saúde mental está organizada em vários níveis de atenção e é composta por serviços básicos, serviços ambulatoriais especializados, hospitalares, de urgência e emergência e serviços da rede substitutiva, como os Centros de Atenção Psicossocial na modalidade álcool e drogas, CAPS II, CAPS III, CAPS I, apoio de hospitais clínicos, Serviço de Urgência Psiquiátrica, Centro de convivência e Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM) e Serviços de Residências Terapêuticas.

Apesar do fechamento de todos os hospitais psiquiátricos na cidade e a implantação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, é preciso lançar um olhar sensível e crítico para a realidade das pessoas em sofrimento psíquico. A atenção a esses indivíduos extrapola a implantação desses serviços de base comunitária e a desospitalização, isto é, eles não determinam a qualidade de vida e a mudança no tratamento.

É preciso ir além, mudar a forma de perceber o sofrimento, dar atenção aos determinantes sociais de saúde (fatores sociais, culturais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais) (Brasil, 2006), investir na capacitação e formação dos profissionais e desse modo buscar a reinserção social, a reconstrução do cotidiano, a atenção e respeito às singularidades e subjetividades do indivíduo.

O CAPS AD III oferece atendimento individual, em grupos e atenção à família. Realiza ações como acolhimento, matriciamento, consulta com psiquiatras e psicólogos, grupos educativos de saúde da mulher, oficinas terapêuticas (música, artesanato, espaço de palavra, tricô e cinema) e visita domiciliar. Também realiza ações de prevenção e recaída e oferece acolhimento noturno.

Os usuários são encaminhados por meio da Atenção Primária à Saúde (UAPS), e Serviço de Urgência Psiquiátrica, entre outros serviços no âmbito da atenção secundária e terciária que constituem a Rede de Saúde Mental na cidade.

Possui uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos psiquiatras e clínico geral, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais e porteiros. Não será explicitado o número exato de profissionais em função da alta rotatividade, pois o contrato tem duração de um ano. No período de coleta de dados havia 15 profissionais de enfermagem no serviço, desconsiderando profissionais em período de férias e licença por motivos de saúde.

No que tange a equipe multiprofissional destaca-se a enfermagem (técnicos e enfermeiros) que se constitui em um agente terapêutico importante no tratamento e reinserção do dependente químico e suas ações podem repercutir na qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas.

Portanto, considerando que o cuidar da equipe de enfermagem em saúde mental desenvolve-se na prática cotidiana, por meio da relação entre os profissionais, usuários, família e comunidade, a Sociologia do Cotidiano de Maffesoli (2008), propõe uma nova maneira de ver o mundo, propõe o estar-junto, centrada no cotidiano e na possibilidade de cuidar e compreender o ser humano em sua totalidade. Um cuidado voltado para a subjetividade, valorizando as experiências de cada um, desse modo relativizando o aspecto tecnicista e racional e estando em sintonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

3.2. Participantes

Segundo Minayo (2014) uma pergunta importante para definirmos os participantes de um estudo é quais indivíduos estão mais significativamente vinculados ao problema a ser investigado.

A amostra intencional foi composta por dez profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que atuavam no CAPS AD III no período matutino e vespertino. No período da coleta de dados, havia 15 profissionais na instituição, sendo que participaram da pesquisa 10 profissionais.

Os demais profissionais não participaram por motivos pessoais. Os critérios

de inclusão, profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos) que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III no período matutino e vespertino. Os critérios de exclusão foram profissionais de enfermagem que não desejaram participar da pesquisa, os ausentes no período da coleta de dados (licença, férias) e os que não quiseram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL).

A abordagem inicial aos participantes ocorreu pessoalmente no CAPS ad, na qual foi realizado o convite individualmente, e explicados os objetivos, os motivos da pesquisa, o direito de participar ou não e a possibilidade de se retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer tipo de dano e também que não teria recebimento de nenhum tipo de auxílio financeiro com a participação na pesquisa.

Nesse momento também foi solicitada permissão para acompanhar o cotidiano desses profissionais e a possibilidade de realizar registros em diário de campo. Posteriormente, após todos os esclarecimentos os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo I) que foi impresso em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e outra com o pesquisador.

3.3. Aspectos éticos

Foram contemplados todos os requisitos éticos e legais previstos em investigações envolvendo seres humanos em consonância com as disposições regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, para análise e parecer. Sua autorização consta no Parecer Consubstanciado 1.459.570, aprovado em 21 de Março de 2016 (anexo II).

Os participantes foram informados que a pesquisa comporta risco mínimo por ser um estudo em que não se realizaria nenhuma intervenção ou modificação intencional em suas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais. Foi solicitada autorização para gravar em áudio as entrevistas e transcrevê-las e a observação participante com registro no diário de campo. Além disso, foi informado que as gravações e anotações ficarão guardadas com o pesquisador por um período de cinco anos e posteriormente destruídas. Para garantir o anonimato, os participantes foram tratados por números.

E que caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa e o mesmo possa ser

comprovado como decorrente desta, o ressarcimento por indenização será de responsabilidade do pesquisador. Os participantes foram também informados quanto aos benefícios e contribuições do estudo.

Foi solicitada e autorizada a realização da pesquisa pela Direção da Faculdade de Enfermagem (Anexo III) e Coordenação do CAPS AD III (Anexo IV e v). A divulgação dos achados se dará apenas em eventos e/ou periódicos de natureza científica. É garantido pela pesquisadora, o ressarcimento por qualquer dano que possa ocorrer em decorrência desta investigação.

3.4. Etapas de Campo

Maffesoli propõe três momentos: a descrição, a intuição e a metáfora. A descrição envolve a contemplação, a apreensão da realidade, a suspensão da crítica acerca do fenômeno. Segundo Maffesoli (2008, p.113):

Talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob nossos olhos. Em suma, pôr em ação um espírito contemplativo que saiba perceber a inegável criação social que caracteriza este fim de século. E isso levando a sério um mundo imaginal do qual se está apenas começando a entrever os contornos.

A intuição consiste em intuir pela ótica do outro, encontrar nas falas dos participantes um sentido. Segundo Maffesoli (p.142, 2008).

(...) o instinto poético só é possível se estiver enraizado num substrato que o supere; em suma, que a criação própria a uma subjetividade pessoal não existe senão em ligação com esse amplo reservatório, esse lençol freático, que é a subjetividade de massa.

Não se pode economizar a subjetividade, que não é privilégio de um indivíduo isolado, mas pertence a uma pessoa que se situa numa vasta rede de inter-relações e que comunga em mitos comuns.

A metáfora propõe desvelar o que está oculto, respeitando a ética da estética, como uma forma de se preservar o oculto do mundo vivido do outro, com aproximações e analogias que podem sugerir uma possível compreensão dos

aspectos dos fenômenos do outro em seus próprios contextos, sem a ousadia de inferir e julgar (MAFFESOLI, 2008):

A metáfora é um instrumento privilegiado, pois, contentando-se com descrever aquilo que é, buscando a lógica interna que move as coisas e as pessoas, reconhecendo a parcela de imaginário que as impregna, ela leva em conta o “dado”, reconhece-o como tal e respeita suas coibições (MAFFESOLI, p.152, 2008).

Destaca-se que o momento “descrição” oferece outra visão sobre as relações humanas e norteou a coleta de informações que ocorreu por meio da observação participante descritiva e de entrevistas semiestruturadas individuais com roteiro previamente elaborado (Apêndice I). O período de coleta de informações foi de Abril de 2016 a Novembro de 2016.

A observação participante foi uma estratégia para inserção da pesquisadora no campo de pesquisa, aproximação com os participantes, construção de uma relação empática, compreensão da prática e realidade desses profissionais (MINAYO, 2014). Foi realizada sem um roteiro elaborado, com o intuito de não limitar a observação da pesquisadora no campo, porém ela deve ter sensibilidade para apreender o que constitui seu objeto de estudo (MINAYO, 2014).

De acordo com Minayo (2014), a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado tenha liberdade para se pronunciar sobre suas experiências, sem restringir os sujeitos às indagações formuladas, logo que, o roteiro é um norteador para que não se perca o foco proposto pelo pesquisador.

Para que a entrevista se concretizasse foi necessária a redução de pressupostos por parte da pesquisadora, possibilitando o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e vínculo com o participante. Para tanto, se fez necessário um ambiente físico em que eles se sentissem à vontade, de uma abordagem adequada e de questões norteadoras claras. Nesse momento, o pesquisador deve estar aberto para a escuta da descrição do fenômeno vivido, suspendendo os pressupostos (MAFFESOLI, 2008).

Foi utilizado o diário de campo para registrar as observações e as percepções (contradições nas falas e práticas, expressões paraverbais e não verbais) da pesquisadora durante a observação participante e as entrevistas. Esse conjunto de impressões e anotações sobre as divergências e convergências entre falas, comportamentos, relações e sentimentos presentes no cotidiano dos sujeitos confere

fidedignidade e riqueza à pesquisa de campo (MINAYO, 2014).

Os registros foram realizados após o vivido nesses momentos, com o intuito de não criar desconforto, constrangimento e desconfiança nos sujeitos e influenciar em seus comportamentos e afinidade com o pesquisador.

Foi solicitada autorização aos participantes para realizar a gravação das entrevistas e explicada a necessidade de serem gravadas em áudio, para posteriormente serem transcritas na íntegra com o objetivo de obter total fidedignidade dos depoimentos.

A transcrição foi realizada imediatamente após as entrevistas e foram realizadas sucessivas leituras juntamente aos registros presentes no diário de campo, sendo inicialmente realizada leitura flutuante e depois aprofundada para identificação das estruturas essenciais dos discursos dos participantes e a determinação das categorias (MINAYO, 2014).

As entrevistas tiveram duração de quarenta minutos a setenta minutos e ocorreram no CAPS ad III, em consultórios, locais escolhidos pelos entrevistados. Durante as entrevistas os participantes tiveram liberdade para falar sobre seu cotidiano sem interferências da pesquisadora. Foram finalizadas após a pesquisadora constatar que os participantes contemplaram em seus depoimentos o objetivo do estudo devido à riqueza dos discursos, à repetição de conteúdos e quando os entrevistados relataram que não sentiam necessidade de falar mais nada.

As informações oriundas das entrevistas foram transcritas, tratadas manualmente e arquivadas em Programa Microsoft Word 2007, assim como os registros do diário de campo. Essa interação e contato direto da pesquisadora com o material foi significativo e permitiu lembrar e reviver os momentos da coleta de informações.

Após as transcrições, as informações foram submetidas à análise de conteúdo, que para Minayo (2014, p.308):

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam à relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Foram realizadas leituras sistematizadas dos depoimentos e destacados os núcleos de sentidos (palavras ou expressões que representem conteúdos significativos) que foram recortados sem prejudicar sua compreensão. Posteriormente foram aglutinados mediante repetições e aproximações de significados e sentidos permitindo a construção das categorias, na qual foram articulados os recortes dos discursos dos participantes, os registros no diário de campo, o referencial teórico e os conhecimentos da pesquisadora buscando a descrição, interpretação e compreensão do cotidiano da equipe de enfermagem em um CAPS ad III (MINAYO, 2014; GIBBS, 2009).

Destaca-se que para compreender o cotidiano dos participantes da pesquisa, suas crenças, experiências e relações interpessoais com o meio, sustentou-se no pensamento e valores de Maffesoli, recorrendo na análise aos momentos descritos como “intuição” e “metáfora”.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentadas a caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa, a organização do trabalho da equipe de enfermagem e em seguida as categorias. No entanto faz-se necessário contextualizar sobre a experiência em campo realizada por meio da observação participante e entrevistas.

A inserção no cenário de pesquisa foi satisfatória e os profissionais de enfermagem me acolheram, sentiram-se confortáveis com a minha presença e felizes com a possibilidade de vocalização sobre o cotidiano por meio da pesquisa.

Durante o período de observação participante foi possível construir vínculo com os membros da equipe de enfermagem, porém os demais profissionais da equipe multiprofissional demonstraram resistência, insatisfação com a realização do estudo e questionaram quanto a relevância do estudo para a instituição, alegando que o cotidiano da enfermagem era pontual no posto de enfermagem.

Frente a essas situação expliquei que assim como todos os membros da equipe multiprofissional a enfermagem é uma profissão relevante para o serviço, equipe e sociedade, possui um corpo de conhecimentos específicos como as Teorias de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a prática baseada em evidências capaz de promover mudanças, amparada na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem e Código de Ética profissional.

No entanto, essa resistência e concepção sobre a enfermagem não interferiu no desenvolvimento da pesquisa e em minha motivação, mas surpreendeu-me por ser um serviço de saúde mental norteador pela atenção psicossocial que valoriza as relações interpessoais, o acolhimento, respeito às diferenças e integração entre todos os envolvidos nesse cenário.

Apesar do acolhimento dos profissionais de enfermagem e interesse em participar da pesquisa, no momento que antecedeu a entrevista, demonstraram preocupação e medo ao verbalizar sobre seu cotidiano e sobre seus sentimentos com clareza. Foi possível perceber que esses sentimentos estavam atrelados ao fato de serem profissionais com contratação temporária e estavam com receio de terem seu emprego prejudicado se apresentassem críticas sobre a instituição e relatassem a realidade e conflitos presentes em seu cotidiano.

Desse modo, foi esclarecida a importância da pesquisa e reforçado que o

anonimato era obrigatório. Para tanto, foi solicitado pelos profissionais que aceitaram participar do estudo que não fosse detalhado o número de técnicos e enfermeiros e que eles não fossem diferenciados entre técnicos e enfermeiros nos discursos, portanto conforme solicitado e com o intuito de preservar o anonimato e facilitar a apresentação dos recortes dos depoimentos todos foram tratados pela letra “E” seguido dos números arábicos correspondentes à ordem das entrevistas.

Após esclarecimentos a entrevista fluiu naturalmente, mas novos desafios surgiram, pois foi realizada no CAPS e despertou interesse nos demais profissionais presentes na instituição que entravam no ambiente, perguntavam sobre o que foi dialogado, quem participou da pesquisa e causou desconforto em alguns participantes.

Em contrapartida essa situação contribuiu para o fortalecimento do vínculo e confiança entre os participantes e pesquisadora, uma vez que, juntos criamos estratégias para evitar essas situações sem produzir conflitos no ambiente de trabalho: como mudança de horários das entrevistas, utilização dos finais de semana em que apenas a equipe de enfermagem permanece no serviço e o diálogo com esses profissionais, no qual foram elucidados os aspectos éticos que regem a pesquisa. Após os esclarecimentos e superação dessas adversidades em equipe, os profissionais tiveram liberdade e sentiram-se confortáveis para verbalizar suas reais opiniões e sentimentos sobre seu cotidiano.

As categorias foram construídas a partir da organização dos fragmentos dos depoimentos dos participantes que foram aglutinados pelas aproximações de conteúdos e sentidos. Foram organizadas respeitando uma lógica entre conteúdos e sentidos e a ordem em que as informações apareceram durante as entrevistas.

Ressalta-se que após a organização das categorias percebeu-se a necessidade de abordar temáticas que não foram apresentadas no referencial teórico pelo fato de não terem sido criados pressupostos, com o intuito de compreender o fenômeno vivido na perspectiva do profissional entrevistado. Desse modo, novas temáticas e termos serão apresentados e discutidos de forma clara e objetiva em função de sua relevância para a compreensão das categorias construídas, a saber:

- 1) O poder em questão: profissionalismo e controle do trabalho;
- 2) O poder psiquiátrico em cena: ainda em busca da verdade;

3) Os des (caminhos) de uma prática pensada e vivida: “A profissão do jeito que tem que ser”.

4.1. CATEGORIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRAFICA

A caracterização dos participantes da pesquisa revelou que a maioria foi composta pelo sexo feminino, 67%. Quanto à faixa etária e estado civil há predominância de profissionais de enfermagem com média de 45 anos, sendo 78% casados. Dos entrevistados, 89% atuam no CAPS ad há menos de dois anos, destaca-se que isso ocorre em função do método de contrato por processo seletivo da prefeitura que dura um ano o que confere muita rotatividade de profissionais ao serviço.

Os participantes (11%) relataram que haviam trabalhado em algum serviço de saúde mental antes do CAPS ad e afirmaram que tiveram contato com a saúde mental apenas durante a graduação ou curso técnico e que nenhum possui outro vínculo empregatício.

Apenas 11% tiveram oportunidade de realizar aulas práticas e/ou estágio durante curso técnico e graduação em serviços substitutivos da rede psicossocial, 89% dos entrevistados realizavam atividades em hospitais com leitos psiquiátricos ou que tiveram apenas aula teórica sem a oportunidade de ir para campo de saúde mental.

Em relação à formação todos relataram que concluíram a graduação ou o curso técnico em enfermagem entre os anos 2004 e 2012, percebe-se que neste período havia ocorrido a implantação dos serviços substitutivos no Brasil. Desse modo constata-se que todos os profissionais concluíram a graduação ou o curso técnico após a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A DCN preconiza a formação do profissional de enfermagem generalista, humanista, crítico e reflexivo, que valorize a atenção integral e promoção da saúde do ser humano que necessita de cuidado (MEC, 2001; CARVALHO; CECCIM, 2006; HADDAD *et al*, 2006).

Os dados apontaram que, 89% não possuíam especialização em saúde mental. Em relação à capacitação, 55% relataram terem participado de cursos de capacitação, porém destacaram que esses cursos não tinham uma abordagem específica para a enfermagem.

4.2. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O CAPS ad III funciona 24 horas, finais de semana e feriados. Oferece atendimento para pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas. Após o indivíduo ser submetido a uma avaliação pela equipe multiprofissional é determinado qual tipo de tratamento é indicado. Esses tratamentos são divididos em não intensivo, semi-intensivo, intensivo e extensão de tratamento.

Durante o período diurno, de segunda a sexta-feira, o serviço recebe os usuários em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002; LANCETTI, 2015). O atendimento não intensivo: esse tipo de atendimento é oferecido para usuários que não precisam de suporte contínuo da equipe e conseguem realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

O atendimento semi-intensivo é oferecido quando o sofrimento psíquico reduziu e houve melhora das possibilidades de relacionamento e os usuários não precisam estar diariamente no CAPS, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.

O atendimento intensivo é direcionado para usuários que necessitam de acompanhamento diário oferecido quando apresentam grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar.

A extensão de tratamento como é denominado nesse CAPS ad III, consiste no acolhimento noturno em leitos de retaguarda, no qual os usuários recebem atenção integral. Os critérios de indicação são baseados em aspectos clínicos como necessidade de desintoxicação e/ou critérios biopsicossociais, como situações de crise sem intercorrência clínica grave ou comorbidades; necessidade de observação, repouso e proteção; manejo de conflitos, entre outros.

A permanência no acolhimento noturno fica limitada a 14 dias, porém em certos casos alguns usuários ficam por período superior, de acordo com avaliação criteriosa realizada pela equipe multiprofissional e em reunião de equipe, na qual são discutidas as necessidades dos usuários. Ressalta-se que o acompanhamento é realizado conforme plano terapêutico, especificidades e necessidades de cada usuário.

A observação participante permitiu à pesquisadora conhecer e compreender a

complexidade do serviço nesta instituição. Os profissionais que compõe a equipe multiprofissional estão inseridos em um cotidiano repleto de atividades como: acolhimento, grupos educativos, oficinas terapêuticas, rodas de conversa, matriciamento, visitas domiciliares, consultas com médicos e psicólogos, reuniões em equipe, controle e administração de medicações.

Para esse estudo serão destacadas apenas as atividades dos profissionais de enfermagem. A equipe de enfermagem desse serviço é dividida em enfermeiros e técnicos de enfermagem e possuem rotinas distintas. São quatro plantões (dois noturnos e dois diurnos) formados por enfermeiros e técnicos de enfermagem em regime 12x36 horas. E uma equipe de enfermagem composta por enfermeiro e técnicos de enfermagem que são diaristas, de segunda-feira a sexta-feira, com jornada de trabalho de 8 horas diárias.

A equipe responsável pelo plantão diurno realiza atividades no posto de enfermagem, controle e administração de medicações, verificação de sinais vitais, assistência aos usuários que estão nos leitos de retaguarda, controlam os horários de alimentação, banho e outros. Em determinadas situações como a falta de funcionários na recepção, alguns profissionais de enfermagem foram remanejados para ajudar nesse serviço.

A equipe diarista é responsável pelas atividades cotidianas dos usuários, no qual o enfermeiro atua como técnico de referência e realiza acompanhamento individual, familiar e em grupo. Realiza acolhimento, conduz projeto terapêutico singular (PTS) junto ao usuário e família, realiza visita domiciliar, realiza grupo educativo de saúde da mulher, roda de conversa ou espaço de palavra e matriciamento e o técnico de enfermagem o acompanha nas atividades em grupo e auxilia os demais profissionais em oficinas terapêuticas.

As reuniões de equipe ocorrem uma vez por semana no período diurno e todos os membros da equipe multiprofissional presentes no CAPS ad participam. É um momento para que se reúnam e discutam sobre a organização do trabalho, dúvidas, compartilhem saberes, discutam sobre os casos dos usuários e elaborem o projeto terapêutico que são as propostas terapêuticas direcionadas ao usuário, família e comunidade que posteriormente devem ser discutidas com esses sujeitos que devem ser agentes coparticipativos desse processo (MERHY, 2013).

A equipe responsável pelo plantão noturno realiza assistência aos usuários que estão nos leitos de retaguarda no acolhimento noturno, controlam e administram

medicações, verificam sinais vitais, controlam horários de alimentação, banho entre outros. Estes profissionais não participam das reuniões de equipe, pois ocorrem durante o dia, portanto as informações sobre os usuários são compartilhadas por meio de registros realizados pela equipe de enfermagem e verbalmente durante a troca de plantão dessas equipes. No período noturno estão presentes no serviço apenas a equipe de enfermagem e os usuários nos leitos, assim como nos finais de semana, que trabalham apenas os profissionais de enfermagem e não ocorrem oficinas terapêuticas e outras atividades.

Cada CAPS tem suas peculiaridades, organização do serviço e projeto terapêutico considerando as características dos usuários, familiares e comunidade.

4.3. O PODER EM QUESTÃO: PROFISSIONALISMO E CONTROLE DO TRABALHO

A relação de poder-saber está presente no cotidiano dos profissionais de saúde. O poder está presente nas relações, é uma ação de uns sobre os outros. Toda relação humana é considerada uma relação de poder, para Foucault (1989), as relações de poder podem existir entre homem e mulher, pais e filhos, professores e alunos e no ambiente de trabalho.

A presença do poder nas relações da equipe multiprofissional do CAPS é declarada por membros da equipe de enfermagem:

Infelizmente o psicólogo exerce um poder muito forte sobre a nossa equipe. Ele tem um poder de decidir maior que o enfermeiro. É muito ruim pro nosso trabalho (E10).

Eu tinha duas oficinas né, que eu não faço mais. Só que por parte dos outros profissionais a vaidade fala mais alto. Pessoal de fora via meu trabalho e vinham me dar parabéns, mas incomodava. Eu acho que a enfermagem assumir duas oficinas era muito bom, nos dava um poder, um reconhecimento. (E1)

A relação de poder pode ser percebida durante os meses ao realizar a observação participante. Os profissionais vivenciam em seu cotidiano relações que geram conflitos decorrentes da visão de mundo, valores, formação e saberes de cada um. E essa relação é muito presente entre a equipe de enfermagem e a psicologia, o que pode gerar surpresa, pois no ambiente asilar o poder era centralizado no médico, em sua presença física e a enfermagem era o vigilante

(FOUCAULT, 2006).

Nesse sentido destaca-se que, historicamente a enfermagem assume uma postura de subserviência, pautada em características como obediência, humildade, respeito e hierarquia (Nietsche, 2000). A enfermagem ainda é rotulada como a profissão responsável por “cumprir ordens”, e quando esse profissional tenta mudar essa realidade sofre resistência e cobrança por usuários, familiares e demais profissionais.

Embora o trabalho no CAPS ad deva ser realizado por uma equipe multiprofissional, no cotidiano ainda há ausência de responsabilidade coletiva e interação entre essa equipe.

Revisitando os registros do diário de campo é possível validar essa argumentação, a partir de anotações referentes às discussões em equipe sobre o projeto terapêutico singular para os usuários. Essas discussões aconteceram durante as reuniões de equipe e foram lideradas por profissionais da psicologia. Desse modo, foi possível observar que as opiniões de psicólogos e médicos eram prioridade, limitando a equipe de enfermagem a seguir prescrições e determinações, sem oportunidade de se expressar.

Faz-se necessário elucidar que o projeto terapêutico singular corresponde a um plano de cuidados com objetivos e ações voltadas para a atenção psicossocial e tem como princípio respeitar as singularidades e valorizar as potencialidades do sujeito em sofrimento psíquico. Portanto, percebe-se que as relações de poder interferem na construção desse projeto terapêutico, uma vez que ele deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e harmônica (SCHOLZ et al., 2014).

Nesse sentido é fundamental lançar um olhar para o poder administrativo presente no CAPS ad, a gestão é centrada no psicólogo, o que confere a esse profissional o poder hegemônico, antes centrado nas mãos do psiquiatra. Os depoimentos dos participantes ilustram essa nova "hierarquia" que urge nesse CAPS:

O psicólogo manda aqui, em tudo. Pra você ter noção do que acontece, os médicos fazem as consultas. Eles não mandam nas coisas, não vem dar ordens. (E7)

Não é tudo que é ordem que a gente tem que obedecer não, de psicólogo (...). (E5)

Eu não posso liberar medicação sem receita, receita de medicação controlada. Aí já arruma confusão porque a gente diz não pra eles. (E1)

Os discursos apresentados expressam o poder sobre as práticas da equipe de enfermagem e como esse poder articula-se com o saber, o que remete a Pires (2011) quando sublinha que profissionais de enfermagem não compreendem e sentem dificuldade para realizar uma análise crítica acerca das relações de poder em seu cotidiano.

Percebe-se que essa relação de poder entre a enfermagem e a psicologia aparentemente acontece em função de fragilidades da profissão enfermagem no que tange a expertise (conhecimento específico) (FREIDSON, 1998).

Corroborando, Foucault (1989) afirma que o poder reprime, mas também produz saber. O poder presente nas relações pode proporcionar a produção do saber, logo que, um modo de fazê-lo seria por movimento de resistência.

No contexto da enfermagem no CAPS ad III esse movimento poderia ocorrer com o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva sobre a prática cotidiana com o intuito de transformar sua realidade (FREIRE, 1999).

Pois como argumenta Foucault (1989), uma maneira de diminuir esse poder é se apoderando do saber, portanto um caminho para enfermagem reduzir o poder que a psicologia exerce sobre ela no CAPS ad seria se apropriar do conhecimento específico e desse modo ser uma profissão autônoma, empoderada e com controle sob seu trabalho.

A construção do conhecimento em enfermagem é considerada a base do processo de profissionalização. Freidson (1998) sublinha que para ser uma profissão e conquistar sua autonomia e controle do trabalho é necessário possuir um corpo de conhecimentos específicos e regulação das atividades para atuar em determinado contexto.

Contudo percebe-se que a enfermagem ainda não se apoderou do conhecimento específico. Ao considerar o pensamento de Freidson (1998) toma-se os depoimentos:

Há uma forte disputa no CAPS. A gente não tem autonomia, não consigo liberar a equipe e não tenho espaço. A gente não tem autonomia pra decidir, fazer as coisas, mesmo quando sabe o que está fazendo (E6)

A enfermagem não tem muita autonomia, eu acho. Na verdade eu tenho certeza. A gente é mandado por psicólogo o dia inteiro. Às vezes mesmo você tendo certeza, aquilo ali você sabe. (E4)

Às vezes vem alguém da psicologia e determina alguma coisa pra gente, mas a gente não pode fazer, ou porque não tem material ou porque envolve medicação sem prescrição. Aí a gente não fala nada, parece que não tem nada pra falar. A gente tem conselho, tem lei que orienta, sabe. (E9)

O profissional sente-se subjugado na relação com a psicologia e sente que essa categoria interfere em seu trabalho. No entanto, observa-se que essa relação é complexa e tem como eixo central o conhecimento específico, pois como sublinha Foucault (1989), o conhecimento é oriundo de relações de poder, e é em função desse poder que ele é buscado.

Essa assertiva pode ser ilustrada por meio da relação entre medicina e capitalismo. Com o surgimento de algumas doenças foi necessário a busca pela cura (saber), em função do progresso do capitalismo, pois os trabalhadores estavam adoecendo. Desse modo era necessário que a cura fosse encontrada para controlar as doenças e não prejudicar a ascensão do capitalismo (FOUCAULT, 1989).

Os entrevistados criticam a forma como exercem a profissão e a necessidade de terem uma fundamentação teórica para sustentar a sua prática, conquistarem autonomia e se posicionarem diante de outros profissionais.

Nessa perspectiva, observa-se que há uma contradição nos discursos, possivelmente por um conflito de emoções e concepções. Sentimentos associados à frustração surgem concomitantes ao desejo de empoderamento e de valorização da profissão, conforme o depoimento:

Eu tenho vontade de começar de novo, mas quando olho pra umas pessoas, pra relação que a gente tem, pra tudo o que já aconteceu eu desanimo. (E1)

Não obstante, em seus depoimentos os profissionais demonstram que não entendem o que é de fato esse conhecimento que irá promover a autonomia, a

transformação de sua prática e a valorização que tanto desejam, como exposto no discurso:

Eu não faço sistematização da assistência de enfermagem, não uso teoria. (E3)

Eu não faço SAE, nem penso nas teorias. Não se encaixa aqui, sabe. (E5)

(...) eu já pensei em fazer SAE, PE aqui, junto com teoria, mas não entra no nosso serviço. Pra quê? (E3)

O saber gera poder em quem o domina (FOUCAULT, 1989) e a enfermagem em especial o enfermeiro, líder da equipe precisa apreender o conhecimento específico, compreendê-lo e acreditar que ele promoverá transformações.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho da enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumento e viabiliza o Processo de Enfermagem (PE). O PE corresponde a uma ferramenta metodológica que se organiza em fases, com objetivo de orientar o cuidado de enfermagem. Ambos contribuem para o fortalecimento da profissão como ciência e o distanciamento da cultura do cuidado empírico para a consolidação de uma prática baseada em evidências (COFEN, 2009; NÓBREGA, GARCIA, 2005).

Nesse sentido o profissional deve valorizar as teorias de enfermagem que irão sustentar a sua prática, e são essas ferramentas, esse conhecimento específico que irá desfazer a ideia que a prática da enfermagem é pautada apenas no modelo prescritivo. A SAE deve ser norteada por uma teoria de enfermagem elencada a princípios como intencionalidade e autoconhecimento do profissional. Deve ser entendida como uma ação de "não rotina", pois não deve ser realizada como um ato mecânico e deve respeitar as singularidades dos indivíduos (TANNURE, 2011).

Entretanto, sabe-se que nesse serviço de saúde mental a SAE e as teorias de enfermagem não fazem parte do cotidiano dos profissionais por motivos vivenciados durante a observação participante e inserção no campo de pesquisa, como o conhecimento, o número reduzido de profissionais presentes no serviço, o envolvimento deles com essas tecnologias, a valorização e o respeito por parte dos demais membros da equipe multiprofissional e da administração da instituição.

Em contrapartida, inserir essas tecnologias de cuidado requer que o profissional de enfermagem redescubra e ressignifique o seu papel junto ao usuário, família e comunidade, requer base científica, conhecimento, habilidades e atitudes

pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir planejar e cuidar do e com o outro (LUZ, 2014).

Implica promover o cuidado em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, longitudinal, valorizando o ambiente e as relações, pois esses instrumentos de cuidado permitem a cumplicidade, a interação entre profissional e indivíduo e a participação do usuário no planejamento de sua assistência considerando-o como sujeito inserido em um contexto social, econômico, familiar, biológico, psicológico e cultural (SCHIMITIZ, 2016).

Para tanto, cabe ao enfermeiro refletir e propor ações de enfermagem embasadas por esse conhecimento específico e desenvolver mecanismos inovadores e dinâmicos para sua prática cotidiana. Deve motivar sua equipe, valorizar as potencialidades individuais, ter poder decisório, ser um agente de mudança, empoderar a si e a sua equipe. Essas características também irão refletir no planejamento do cuidado, o reconhecimento, valorização desse profissional e sua equipe e contribuir para uma prática mais autônoma (MENEZES, PRIEL, PEREIRA, 2011).

Desse modo conforme Freidson afirma (1998), a expertise (conhecimento específico) e a autorregulação conferem autonomia e controle do trabalho para a enfermagem. Subjacente a essa discussão toma-se os depoimentos:

A gente é uma profissão, a gente tem um conselho que nos rege. Eu queria que melhorasse a nossa visão pra gente colocar nossa profissão do jeito que tem que ser. (E2)

Esse CAPS ad é 24 horas né. Se a enfermagem não tivesse importância e só fosse mandada não seríamos a única profissão a ficar 24 horas no serviço. Os outros profissionais vão embora, mas a gente fica. Temos nosso valor, mas precisamos tomar a frente, resgatar isso. (E2)

Nos depoimentos percebe-se que os profissionais sabem de sua relevância para o serviço, porém ainda não conseguem contextualizá-la e colocá-la “do jeito que te que ser” como afirma o entrevistado “E2”.

Conforme explicitado no relato de “E2” a equipe de enfermagem fica 24 horas no referido CAPS ad III, incluindo finais de semana e feriados, porém não houve um depoimento sobre atividades implementadas que vão além da rotina cotidiana nesse período, o que reforça a ausência de autonomia desses profissionais nesse serviço

que os impossibilita de criar e desenvolver novas propostas de assistência para a profissão.

Outro aspecto que pode interferir na autonomia da profissão como explicita os discursos, é a divisão social do trabalho da enfermagem.

Sou enfermeiro, mas tenho uma equipe pra liderar, supervisionar. (E10)

A gente tem uma divisão aqui na equipe, como em todo lugar, no serviço hospitalar (...) (E9)

Na divisão do serviço eu fico responsável pela medicação, o outro colega que tá comigo no plantão fica pelos pacientes nos leitos (...) (E7)

As ações de enfermagem são exercidas por mais de um profissional, em um contexto que predomina a valorização do quantitativo em relação ao qualitativo, logo que, os interesses da instituição são tratados como prioridade (BELLATO, PASTI E TAKEDA, 1997).

A partir dos registros do diário de campo oriundos da observação participante realizada no CAPS ad, pode-se perceber que a divisão do trabalho em enfermagem influencia a visão da equipe multiprofissional, dos usuários, da família e comunidade sobre esses profissionais. Em várias situações foi possível observar que usuários, família e comunidade não souberam reconhecer os membros da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnico de enfermagem), nem reconhecer suas funções e alguns não sabiam da existência da divisão do trabalho, referindo-se a todos como “enfermeiros”.

Nesse sentido, percebe-se que no CAPS a divisão do trabalho fragmenta o cuidado e distancia o líder da equipe da assistência, do estar junto. O enfermeiro se responsabiliza pelo gerenciamento do serviço e delega ações, funções e práticas de cuidado para sua equipe, desse modo seu trabalho é exercido por técnicos de enfermagem, o que pode ser determinante para a perda da autonomia e controle do trabalho da profissão.

Frente a essa discussão faz-se necessário refletir sobre o cuidado em enfermagem, para cuidar do outro é necessário “estar junto”, vivenciar o presente, lançar um olhar que contemple o outro em sua dimensão existencial (MAFFESOLI, 2010; PATTERSON, ZDERAD, 1976). Este distanciamento do estar junto (MAFFESOLI, 2008) permite que as demais categorias profissionais interfiram em

seu trabalho, além de desconsiderar o usuário em sua dimensão biopsicossocial.

Essas relações de poder causam sofrimento no profissional de enfermagem como a angústia e a frustração devido ao distanciamento de algumas atividades que eram desenvolvidas e que eram importantes para os usuários:

Só que foi desmotivando e ficou parada a oficina. Só que quem sai prejudicado nisso não sou eu, é o usuário né. E isso é ruim, eu tenho até que rever, porque eles gostavam muito desse trabalho da oficina, sabe. É satisfatório, a gente tinha uma horta imensa mesmo, tudo bonito, tudo arrumadinho. Eles se sentiam importantes, gostavam da natureza, desse contato (E1).

Aí foi me desanimando, mas eu tenho vontade de voltar, porque eles não têm culpa. E faz uma diferença muito grande pra eles. Era uma oficina que todo mundo gostava (E1)

Como vou fazer com esse clima? Não dá vontade. Não tenho motivação, força pra enfrentar esse poder que exercem sobre a gente aqui. Não dá, não dá. E a gente fica culpado, arrependido (E7)

Percebe-se pelos relatos que o fim da oficina terapêutica causou angústia e arrependimento no profissional a partir do momento que ele compreendeu o impacto que causava na qualidade de vida dos usuários que gostavam da oficina e sentiam-se valorizados.

Destaca-se que durante a entrevista esse profissional ficou muito sensibilizado, com o olhos marejados, voz embargada quando revelou o quanto era importante para ela e para os usuários esse momento de troca social e valorização das potencialidades dos sujeitos.

Há um desgaste emocional do profissional que se culpabiliza pelos contornos que sua prática ganhou em função das relações de poder com a equipe multiprofissional e que pode causar um impacto negativo para a saúde e prática cotidiana, para os usuários e para a instituição.

Desse modo, é necessário investir no relacionamento interpessoal, nos sentimentos, no modo de perceber o outro com o intuito de construir um ambiente favorável para as trocas sociais, com equilíbrio entre a razão e emoção (MAFFESOLI, 1998).

A equipe de enfermagem precisa ir além dessas relações de poder, assumindo seu papel como uma prática social e política, capaz de transformar a sua realidade, do indivíduo e comunidade por meio de ações coletivas e individuais.

Desenvolver uma consciência crítica e reflexiva, pro atividade em suas ações e como membros da equipe multiprofissional desse serviço (ALVES et al.,2012)

Percebe-se que a complexidade da assistência à saúde exige que os profissionais compartilhem decisões, tenham harmonia e respeito aos espaços de cada profissão, pois cada um é imprescindível para um atendimento de qualidade. O poder faz parte das relações do cotidiano no ambiente de trabalho, porém é preciso buscar a construção de uma sociedade na qual o poder e o saber articulem-se em benefício do cuidado do ser humano.

4.4. O PODER PSIQUIÁTRICO EM CENA: AINDA EM BUSCA DA VERDADE

Para Foucault (2006, p.164-5), o poder psiquiátrico é “esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria”.

A loucura passou a ser compreendida como doença mental e a ser tratada pela medicina. Representava a diferença e era considerada um perigo para a sociedade capitalista, logo que configurava improdutividade (FOUCAULT, 2006).

O hospital psiquiátrico era considerado um local de cura, de manifestação da verdade. O discurso da verdade sobre a loucura se apresentava por meio de linguagens, comportamentos e valores que refletiam nas relações de poder (FOUCAULT, 2006).

Nesse hospital ocorria a manifestação do poder disciplinar com a função de disciplinar o corpo, torna-lo obediente e dócil. Eram utilizadas técnicas de vigilância, hierarquia, inquérito e exame (FOUCAULT, 2006).

Foucault (2006) faz uma crítica acerca dessa visão da sociedade moderna sobre a loucura e afirma que ela não deve ser monopólio da medicina e que deveria ser realizada uma análise cultural e histórica.

Desse modo, a loucura deve ser entendida para além da doença mental, sendo necessário construir novas possibilidades de relação com o louco/loucura, atentando-se para as subjetividades do indivíduo e a valorização de suas potencialidades (CAPONI, 2000; BASAGLIA, 2005).

Nesse sentido, no Brasil surgiu um movimento antimanicomial, influenciado por Basaglia, Foucault e outros. O movimento da Reforma Psiquiátrica vai além da

desospitalização e tem o intuito de propor uma mudança nas práticas de saúde mental e sensibilizar a sociedade a compreender o sujeito com transtorno mental e que tem sofrimento decorrente do uso de drogas como um ser humano (FERNANDES, MIRANDA, 2016).

Todavia “mini hospícios” estão sendo construídos no interior de alguns CAPS ad, com aspectos que se aproximam à lógica da compaixão piedosa que exclui a possibilidade de construção do vínculo, que reprime e tem o intuito de gerar dependência, gratidão e submissão do sujeito em sofrimento psíquico (CAPONI, 2000). Percebe-se que o poder psiquiátrico é evidenciado nos discursos dos entrevistados:

O paciente às vezes não quer vir para o CAPS, está debilitado e a família quer que interne aqui. (E3)

A família às vezes acompanha o paciente no primeiro dia no CAPS, já com a intenção de deixá-lo no serviço por um tempo, distante deles. (E6)

Torna-se pertinente destacar que nesse fragmento os princípios da Reforma não fazem parte do cotidiano do CAPS, logo que, os profissionais tratam as pessoas em sofrimento psíquico como pacientes, termo que traz um entendimento de doente, que apresenta ideia de passividade, institucionalização e limitação.

A prática de internação e exclusão possui uma característica moral e social que produz segregação e pessoas alienadas, que são consideradas incapazes de decidir sobre sua vida e têm suas condutas moldadas e disciplinadas (FREIRE, 1999; FOUCAULT, 2006).

Conforme apresentado na organização do trabalho da equipe de enfermagem percebe-se que no CAPS ad em que a pesquisa foi realizada, os usuários ficam internados por um período que extrapola o que é preconizado pela legislação, o que reforça a prática excludente pautada na lógica manicomial.

A observação participante oportunizou vivenciar esses longos períodos que alguns usuários ficaram “internados” no serviço, e estando inserida nesse contexto como pesquisadora, tive aproximação com essas pessoas, o que possibilitou a construção do vínculo e diálogo. Durante a comunicação terapêutica sentiram-se confortáveis para falar como estavam incomodados com a perda da liberdade, o controle de horários, as normas que precisavam seguir para ficar no serviço.

Em contrapartida foi possível perceber que havia um sentimento de

segurança, de ter um lugar para ficar e dormir, visto que esses sujeitos não tinham família ou a família não os aceitava em casa, no convívio familiar.

Desse modo, a internação também pode ser considerada um método que a família encontra para se proteger do sujeito (FOUCAULT, 2006) e provoca no indivíduo em sofrimento psíquico uma busca pela liberdade, como exposto no fragmento:

O paciente que vem pra cá e fica dois ou três meses, se tiver casa, parente, essas coisas, pede pra voltar pra casa. Mas a verdade é que eles ficam aqui porque a família não quer eles lá. (E8)

O usuário vem pra cá, mas quer voltar pra casa. Quer suas coisas, seu espaço. (E5)

Ao pensar em liberdade sublinha-se a ideia de Panóptico que é a representação de um modelo de prisão com arquitetura circular e uma estrutura elevada no centro com um observador que assume o papel de vigilante das celas localizadas abaixo (FOUCAULT, 1977).

Nesse contexto, os sujeitos mantidos nessa prisão perdem sua liberdade, desenvolvem sentimentos de insegurança, hesitação, medo e paranoia.

Se deslocar essa ideia de Panóptico para a sociedade moderna, observa-se que o CAPS ad em que ocorreu a pesquisa reproduz esse modelo como exposto no discurso:

Só de olhar pro paciente ele sai do lugar que tá, vai lá pra fora com medo, cabeça baixa, desconfortável. (E1)

Nesse momento faz-se necessário revisitar os registros no diário de campo que descrevem a arquitetura do CAPS ad e a presença constante do olhar vigilante cerceando os usuários e que faz alusão ao panóptico: essa instituição remete a um labirinto, com corredores estreitos e cumpridos, pouca iluminação, grades nas janelas e o posto de enfermagem em local estratégico que permite que os profissionais visualizem as enfermarias, consultórios, corredor e área externa do CAPS ad.

Percebe-se que mesmo com a abolição dos hospitais psiquiátricos e com a proposta de ir para o CAPS ad, o indivíduo quer retomar a sua vida e voltar para casa. Nesse sentido o usuário vivencia uma situação que o oprime, pois lhe é retirado a sua liberdade, o diálogo, a possibilidade de se expressar, seu poder

decisório e sua identidade (FREIRE, 2006).

Os discursos dos profissionais permanecem arraigados ao modelo tradicional da psiquiatria:

No acolhimento eu faço umas perguntas num instrumento que eu uso, porque a gente precisa desses dados, né! É o momento de coleta de dados. (E2)

O acolhimento é o momento da entrevista. A gente não faz aqui no posto não, mas tem vários profissionais que fazem. É o primeiro momento do paciente aqui e é necessário fazer para conhecer ele melhor. (E4)

O acolhimento visa o estar junto, estar disponível, escutar sem julgamento, a alteridade, respeitar as singularidades do outro. O acolhimento não tem lugar definido, ele pode acontecer a qualquer momento, diante da necessidade do indivíduo e da sensibilidade do profissional (PATERSON, ZDERAD, 1976; MAYNART et al., 2014).

É um momento em que o profissional deve prezar pela escuta sensível, olhar para além da doença e dedicar sua atenção ao usuário que precisa se sentir amparado e valorizado o que permite a abertura para construção do vínculo (MEHRY, 2003).

Para tanto é preciso compreender o ser humano em sua totalidade, compreende-lo como sujeito que tem uma história e que é capaz de transformá-la (FREIRE, 1999).

No contexto do CAPS ad percebe-se que o acolhimento foi reduzido a um roteiro, um inquérito pela busca da verdade, que contribui para o esquadramento do corpo. O que remete a Foucault (1977), que explicita que o inquérito é um mecanismo de produção da verdade na perspectiva do profissional.

Em contraposição, Maffesoli (2008) aponta que é preciso mergulhar na essência do outro, sob a perspectiva do outro, o que possibilita compreender o sujeito e sua história, o que o trouxe ali, o que ele tem para mostrar.

Conforme registrado no diário de campo a partir da observação participante percebe-se que nesse CAPS as atividades são planejadas pela equipe multiprofissional durante as reuniões, em período em que os usuários não estão no serviço. A ausência dos usuários nesse momento de decisão sobre o projeto

terapêutico configura a não participação nas estratégias elaboradas para o seu tratamento e pode ser evidenciado nos relatos dos participantes quando explicitam sobre as oficinas terapêuticas:

Se o usuário não quiser participar de alguma oficina que foi acordada pra ele na reunião, ele perde alguma coisa com isso. Eu não concordo muito, mas é assim que é. É um meio de convencer o paciente a fazer, porque ele não entende que precisa fazer. (E6)

Depois que foi decidido a oficina que o paciente tem que fazer, cada técnico de referência vai lá e fala com o paciente. Mas acontece que na hora da oficina o paciente faz corpo mole, não quer participar, fica quieto num canto. E essa tarefa de fazer ele participar fica pra enfermagem. Aí a gente tem que ir e tentar convencê-lo, mas nem sempre é fácil, então a gente usa a troca como estratégia. (E10)

Que tipo? De não dar continuidade no tratamento, no serviço, de não poder fumar aqui dentro, essas coisas. (E5)

As oficinas terapêuticas são organizadas por profissionais e estagiários e precisam ser compreendidas como estratégias que objetivam a produção de vida, resgate de identidade, oportunidade de se expressar e trocas sociais. No entanto, essas oficinas não são pensadas na perspectiva dos sujeitos, mas na visão dos profissionais, de suas habilidades e disposição (SILVA et al., 2017; REBECCA et al., 2017). Percebe-se que essas atividades estão se inserindo no conjunto de estratégias e mecanismos institucionais de controle, disciplina e vigilância o que remete ao poder disciplinar presente nos manicômios.

Diante da pouca adesão e pouco interesse dos usuários em participar desses espaços, observa-se profissionais persuadindo-os a participarem por meio da utilização de técnicas como a ameaça e recompensa para tutelar o corpo e enquadrá-los em normas institucionais.

Essa responsabilidade de convencer o sujeito a participar da oficina fica para a equipe de enfermagem que, mergulhada em uma prática voltada para a lógica manicomial, não utiliza a escuta sensível e a comunicação terapêutica para compreender as necessidades desses indivíduos, os motivos de não se envolverem na atividade, quais são os interesses e habilidades. Não é dada a oportunidade de vocalização a esses sujeitos e nem é valorizado a alteridade.

Portanto, é prioritário que o profissional tenha sensibilidade e capacidade para desenvolver estratégias que atendam as demandas biopsicossociais e os direitos dos indivíduos considerando o contexto que estão inseridos, desse modo promovendo a ampliação da autonomia e liberdade de conduzir sua própria vida (MERHY, 2001).

Desconsiderar o desejo e a demanda dos usuários, o uso da ameaça e recompensa como um recurso por parte dos profissionais é um exemplo de prática alienante e que não está em consonância com princípios da Reforma Psiquiátrica, como a reinserção social e desinstitucionalização.

Nesse sentido, destaca-se que as oficinas terapêuticas têm o intuito de promover qualidade de vida para as pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, contribuir para a reinserção social, estimular a comunicação terapêutica, estimular a mente e as potencialidades (CRUZ, SOUSA, SOUZA, 2016).

Esses espaços facilitam a interação entre usuários e profissionais e a construção do relacionamento terapêutico e deveriam ser um ambiente aconchegante, iluminado, arejado, livre e vivo. No entanto, no cenário do estudo, as oficinas são realizadas em um espaço com pouca iluminação, pouco arejado, sem cor, sem vida. Desse modo entende-se que o ambiente também influencia no desenvolvimento, adesão dos usuários e sucesso dessas atividades

Ainda sob esse prisma observa-se que a equipe de enfermagem entende o CAPS ad como um dispositivo de saúde mental, mas desconsidera o ser humano em sua dimensão biopsicossocial. Conforme consta no depoimento:

(...) aqui é um serviço de saúde mental, mas se um paciente chega chorando, agitado eu não tenho o que fazer. Isso é pra psicologia. (E1)

Aqui é saúde mental, não dá para a gente ver tudo, abraçar tudo. Não temos recursos, mesmo sendo uma demanda. (E7)

Tem muitas coisas que eu gostaria de fazer, mas aqui é um serviço de saúde mental, tem coisas que não são da minha alçada e que não cabe a nós. Seria preciso um profissional especializado. (E8)

Há uma incongruência nos discursos dos profissionais com o que é preconizado pelo SUS e Reforma Psiquiátrica. O serviço de saúde mental CAPS ad tem como objetivo a inclusão social do usuário, o resgate de sua autonomia e

dignidade (FERNANDES, MIRANDA, 2016).

No entanto vislumbra-se que são descartadas as singularidades do sujeito, limitando-se a buscar sinais e sintomas que se aplicam a alguma doença mental e desse modo fragmenta-se mente, corpo e alma e ignora o sofrimento do sujeito. Nesse sentido destaca-se Watson (2002) que afirma que é necessário compreender o ser humano em sua existência como uma unidade corpo, mente e espírito.

Diante de todas as falas apresentadas nessa categoria percebe-se que a equipe de enfermagem é muito exigida em suas atividades cotidianas que ainda são centralizadas no modelo biomédico e mecanicista baseado em normas institucionais. No entanto, vislumbra-se que alguns profissionais demonstram insatisfação e desgaste emocional em função desse cotidiano e da postura que assumem:

Eu não estou satisfeita com o cuidado que eu faço aqui. Pode ser clichê, mas eu não queria vir pra cá, pra esse tipo de serviço. Ai eu vim né! Mas eu achava que fosse diferente. Até alimentação a gente controla horário lá em baixo. (E1)

Olha isso. (Aponta para o posto de enfermagem e para as medicações). Tem hora que tem tanto paciente aqui dentro, a gente não tem tempo pra nada. Tem que medicar todos eles e ainda tem os que estão no leito. Isso tudo pra fazer de medicação e o paciente acaba sendo deixado de lado. Não consigo parar e falar algo com ele, trabalhar nessa linha de atenção psicossocial. (E7)

Se o paciente não quer fazer alguma coisa, quem tem que resolver é a enfermagem. Tem que resolver ou tem que resolver. (E10)

O sentimento implícito nas falas demonstra que alguns membros da equipe de enfermagem compreendem que o cuidado não está sendo realizado de acordo com os preceitos da atenção psicossocial e como eles gostariam. Esses sentimentos precisam ser valorizados, uma vez que a reprodução de práticas que replicam a lógica manicomial está atrelada a essa insatisfação, visto que a equipe de enfermagem se acomoda ao que está posto (MAFFESOLI, 1998).

Os profissionais estão inseridos em um cotidiano em que são responsáveis por diversas atividades centralizadas no pensamento reducionista, para manutenção do sistema que lhes é imposto por meio de normas e rotinas e que os afasta do cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico, família e comunidade.

O cuidado de enfermagem deve ser longitudinal e transversal e deve sustentar-se na integração das tecnologias de cuidado à prática baseada em evidências (MERHY, 1997). Para tanto se apoia em Watson (2002, p. 55) que reflete que “a enfermagem requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos”.

Percebe-se a importância de se fazer uma reflexão sobre a necessidade da enfermagem resgatar sua essência, buscar a cumplicidade com outro, as relações sociais e os valores esquecidos (MAFFESOLI, 2010). É necessário valorizar a ética da estética, considerar a relação social a partir da vivência do outro e do grupo no qual faz parte.

Esse processo de reflexão deve ser estimulado durante a formação dos profissionais, considerando a atenção psicossocial, a clínica ampliada, os indivíduos e a si próprio como sujeito sócio-político, impedindo que o acadêmico se torne um profissional que tenha uma prática alienada.

4.5. OS DES (CAMINHOS) DE UMA PRÁTICA PENSADA E VIVIDA: “A PROFISSÃO DO JEITO QUE TEM QUE SER”

O conhecimento gera poder, autonomia e controle do trabalho e no contexto do CAPS ad os profissionais reconhecem a necessidade de buscar conhecimento específico em saúde mental e substâncias psicoativas.

Como apresentado na categorização sócio demográfica, os profissionais de enfermagem (89%) tiveram contato com a saúde mental apenas durante a graduação e/ou curso técnico. Também relataram que no serviço de saúde mental tiveram poucas capacitações e que não foram específicas para a equipe de enfermagem.

Desse modo, destaca-se a necessidade de haver capacitação específica em saúde mental para enfermagem conforme consta nos fragmentos:

Eu estou sem rumo. Não sei a minha função. Precisa de capacitação, treinamento específico em enfermagem para a nossa equipe. (E1)

Poderia ter mais capacitação né? Acho que um enfermeiro especialista em saúde mental deveria fazer capacitação com a gente. Porque a gente fica sem saber o que fazer. (E4)

Observa-se que há uma incongruência com o que é preconizado pela Portaria GM nº 336 e a qualificação profissional de enfermeiros no CAPS ad, uma vez que, segundo essa portaria o enfermeiro que faz parte da equipe do CAPS, deveria ter especialização em saúde mental, o que aparentemente não ocorre, conforme apresenta a categorização sócio demográfica e pode refletir na prática cotidiana (BRASIL, 2004).

Nesse sentido percebe-se que há carência na formação de técnicos e enfermeiros em relação à saúde mental e especificamente sobre substâncias psicoativas. Os cursos ainda estão alicerçados no modelo biomédico e sua grade curricular concede pouco espaço para disciplinas como saúde mental, com carga horária reduzida e em alguns casos sem campo para prática fundamentada na rede psicossocial, o que pode influenciar na qualidade, no aprofundamento dos conhecimentos científicos e no interesse dos alunos pela disciplina, proporcionando uma formação em saúde mental deficitária que poderá refletir negativamente na prática (CARNEIRO, PORTO, 2014; MOREIRA, DIAS 2015; TAVARES et al., 2015).

Para validar essa discussão torna-se pertinente recorrer à categorização sócio demográfica, que aponta que apenas 11% dos profissionais da equipe de enfermagem em sua formação tiveram oportunidade de realizar atividades como aulas práticas e/ou estágio em um serviço substitutivo voltado para o modelo psicossocial.

Em contrapartida, diante dos discursos pode-se perceber que os profissionais de enfermagem esperam que sejam promovidas capacitações e treinamentos em serviço no CAPS ad. No entanto a formação para saúde mental não se limita apenas às instituições de ensino e em serviço, é preciso que os profissionais tomem a iniciativa de buscar aprimoramento, seja por meio de pós-graduação, cursos de atualização e até por leitura de livros, artigos e materiais disponíveis na Internet (TEIXEIRA, VILLAR, 2005). Salienta-se que ao utilizar a Internet, o profissional deve estar ciente que deve buscar conhecimento científico em periódicos de natureza científica.

Esse desinteresse pela busca de conhecimento específico para atuar no

CAPS ad pode estar relacionado com a alta rotatividade dos profissionais nesse serviço, como elucida o depoimento de E10 e E9:

O maior problema aqui é essa rotatividade. O contrato dura um ano só. Aí quando você está se adaptando, começando a procurar livro, curso e tal o seu contrato acaba. (E10)

Com essa rotatividade que tem aqui, você não consegue se envolver com o serviço né? Você entra já pensando no que vai fazer quando acabar o contrato em um ano e nem se preocupa em se especializar. (E9)

Para dar início a discussão, torna-se necessário elucidar que a cidade onde ocorreu a pesquisa realiza o processo seletivo com contratação temporária, logo que, o contrato tem duração de um ano. Desse modo, após esse período o profissional é desligado e outro é contratado, sendo que eles não costumam se encontrar para um treinamento, impressões e feedback sobre o serviço.

Há uma quebra na construção do vínculo entre profissionais e usuários e entre a equipe multiprofissional que constantemente sofre alterações em seus membros.

Subjacente a essa discussão observa-se que há um despreparo da equipe de enfermagem que atua no CAPS ad e que ainda tem sua prática de cuidado fundamentada no modelo da biomedicina. Por falta de conhecimento e/ou pela alta rotatividade percebe-se que os profissionais ainda não incorporaram as propostas da Reforma Psiquiátrica e reproduzem atitudes e comportamentos que remetem ao modelo tradicional.

Eu fico no posto de enfermagem com a medicação e fico lá em baixo às vezes. Se tiver oficina eu ajudo só. (E1)

A gente verifica a pressão, os sinais vitais. Não tem evolução, SAE, planejamento, diagnóstico de enfermagem. Anota se tiver alguma ocorrência, alguma coisa importante que seja importante anotar. E tem a medicação que é nossa responsabilidade. (E4)

Não uso tecnologia. Aqui não tem como fazer. Não uso SAE, nem teoria de enfermagem, não participo de oficina. Não temos espaço para fazer essas coisas. Eu fico no posto mesmo. (E9)

Essa realidade presente no cotidiano do CAPS exige que as instituições de ensino reflitam e reorganizem seus Projetos Políticos Pedagógicos em saúde mental

sob a perspectiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os docentes precisam repensar suas atividades inclinando-as para a atenção psicossocial, além da necessidade de se qualificarem e se atualizarem para essas mudanças (RODRIGUES, 2014).

A Diretriz Curricular Nacional (DCN/ENF) representa um avanço na formação do enfermeiro no país ao dar enfoque para a Atenção Primária à saúde, porém a saúde mental ainda não tem muita visibilidade (MEC, 2001). É preciso problematizar o processo de formação em Enfermagem em saúde mental sem discutir apenas sobre conteúdos e metodologias. É necessário implementar mudanças a fim de promover um aprendizado significativo, transformador e que supere o imaginário social de alguns alunos e o estigma imputado ao sujeito em sofrimento psíquico (FERNANDES et al., 2009).

Conforme a caracterização sócio demográfica, os profissionais entrevistados apesar de terem se formado após a implantação da Reforma Psiquiátrica ainda tiveram como campo de aprendizado hospitais com leitos psiquiátricos, sem terem conhecido um serviço substitutivo.

Esse achado reforça a necessidade de transformação na saúde mental, não apenas no modelo e na forma de perceber o sofrimento psíquico, mas na formação dos profissionais de enfermagem com o intuito de formar e capacita-los para uma prática diferenciada na perspectiva da atenção psicossocial (TAVARES et al., 2015).

Para alcançar esse objetivo é fundamental que as instituições de formação profissional valorizem a inovação e articulem os conhecimentos específicos ao contexto sócio-político e considerem os determinantes sociais de saúde da população.

Frente a essa discussão observa-se que a enfermagem exerce várias funções no que tange o modelo biomédico, restritos ao posto de enfermagem conforme exposto nos fragmentos e que apenas um profissional de enfermagem atua como técnico de referência. Como apresenta os depoimentos:

Eu faço a Sistematização da enfermagem, mas não uso teoria de enfermagem. No momento que eu me vi terapeuta eu pensei: o que eu posso fazer pra eles? Nada melhor do que a consulta de enfermagem, então a SAE tá sendo importante. A gente avalia o risco de isolamento social, padrão de sono, alimentação. Orientação voltada à enfermagem, quanto à

orientação prescrita, administração de medicação e cuidados de enfermagem. (E2)

No espaço de palavra normalmente a gente traz tema e esse tema é discutido ali. É um momento pra eles falarem. Os temas são de desenvolvimento interior como paz, esperança, como que lida com a raiva. Pelo menos eu faço assim. (E2)

Ressalta-se que o técnico de referência é um profissional de nível superior responsável por acompanhar e conduzir o projeto terapêutico singular junto ao usuário e família que permite a construção do relacionamento terapêutico profissional-sujeito (SILVA, COSTA, 2010).

Desse modo observa-se que há inconsistência sobre a organização do trabalho de enfermagem e o modelo psicossocial. Apenas um profissional de enfermagem assume a posição de técnico de referência, enquanto os demais permanecem institucionalizados, enraizados na lógica manicomial, responsáveis pelo posto de enfermagem, em seguir prescrições, controlar horários (alimentação, banho, medicação, sinais vitais) e executar ordens.

Nesse sentido vislumbra-se que há uma inclinação desse profissional para o modelo biopsicossocial, mas percebe-se em suas falas que em seu cotidiano, no mesmo tempo e espaço, ele realiza práticas voltadas para o modelo manicomial e psicossocial, o que explicita que a saúde mental e a enfermagem vivenciam um processo de transição.

Nesse contexto os profissionais de enfermagem precisam agrupar o seu arcabouço teórico e prática de cuidado às diretrizes do SUS e pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, observa-se que a equipe de enfermagem, (enfermeiro, enfermeiro técnico de referência e técnico de enfermagem) precisa ir além das práticas tradicionais no CAPS ad, mesmo sem ter a denominação de técnico de referência devem seguir o princípio da clínica ampliada e transformar seu cotidiano pautando-se em ações que visem a valorização, resgate da cidadania e reinserção social do sujeito.

Para tanto é preciso construir o relacionamento terapêutico permeado pela comunicação terapêutica que possibilita aos indivíduos a construção do vínculo, a interação e experiência dialógica (PEPLAU 1993, FREIRE 1999, STEFANELLI,

2008).

A equipe de enfermagem pode desenvolver ações que envolvam tecnologias leves de cuidado, como a participação na elaboração de projetos terapêuticos, participação em oficinas terapêuticas, acolhimento, grupos educativos, sala de espera, pautadas na clínica ampliada e centrada no sujeito, logo que promova a valorização do ser humano em sua essência, liberdade, autonomia, fortalecimento da autoestima, reinserção social e aproximação entre o profissional, usuários, família e comunidade (MERHY 2005, TAVARES 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem no contexto da saúde mental foi norteadada por uma prática hospitalocêntrica, mecanicista, centralizada no controle e vigilância com objetivo de disciplinar os corpos. O profissional de enfermagem era responsável por cumprir ordens e prescrições do médico que era o detentor do saber.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica a saúde mental começou a sofrer transformações e a enfermagem também passou por um processo de mudança, na qual precisou se adequar ao modelo psicossocial.

Nesse modelo de atenção psicossocial surgiram os Centros de Atenção Psicossocial que são espaços que possibilitam as trocas sociais, resgate da autonomia, produção de vida, o despertar de sonhos e planos que estavam esquecidos no vivido das instituições psiquiátricas e a inserção social de indivíduos em sofrimento psíquico.

É um ambiente também para a enfermagem desenvolver ações de cuidado norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. No entanto, por meio do estudo foi possível perceber que esse serviço ainda é um ambiente influenciado pela lógica manicomial, tecnicista, fragmentado, institucionalizado que exclui os desejos e sentimentos dos envolvidos como o profissional e o sujeito em sofrimento.

O profissional de enfermagem tem a sensação de estar sobrecarregado com atividades que visam atender às normas institucionais e que o impede de vislumbrar o cuidado como um encontro dialogado e uma relação interpessoal que deve ser exercido presencialmente, considerando as singularidades e potencialidades dos sujeitos.

Desse modo, ele se insere em um processo de alienação, perda de autonomia e controle do seu trabalho, uma vez que é compreendido como o responsável por executar e cumprir ordens e não como um membro da equipe multiprofissional capaz de desenvolver um cuidado diferenciado.

Nessa perspectiva a pesquisa evidenciou que é necessário que a assistência seja realizada em conjunto com a integração de saberes e profissões propiciando a reflexão dos profissionais sobre sua prática, na qual as relações da equipe devem ser discutidas, a fim de buscar equilíbrio e harmonia no ambiente de trabalho. E, que a enfermagem deve buscar a apropriação do conhecimento específico em saúde mental, norteadado por uma teoria de enfermagem para a reconstrução de sua

identidade profissional, a conquista da autonomia nesse espaço e a assistência de qualidade ao usuário.

Em contrapartida, o estudo retratou a necessidade de repensar a formação desses profissionais na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial oferecendo-lhes ferramentas como as tecnologias leves e leves-duras para superar a prática cotidiana que ainda é norteada pelo modelo biomédico e lógica manicomial.

Entende-se que o trabalho na perspectiva psicossocial exige dos profissionais uma crítica ao modelo asilar e a produção de novas práticas pautadas pelo direito à cidadania, liberdade e poder decisório do sujeito.

Há uma desvalorização da equipe de enfermagem que diante desse cotidiano repleto de relações sociais, diferenças, visões de mundo e a transição das práticas de enfermagem do modelo manicomial para o psicossocial relataram sentir desconforto, por não conseguirem modificar sua prática. Essa autocrítica realizada pelos profissionais desperta sentimentos como angústia, insatisfação que podem interferir na qualidade da assistência, na subjetividade dos sujeitos e dos próprios profissionais.

Desse modo, o trabalho no CAPS caracteriza-se por lidar com a subjetividade humana, na qual é preciso valorizar e construir uma relação social mais intensa e um olhar que não julga para desenvolver uma prática mais reflexiva.

É no cotidiano que se deve olhar a multiplicidade de acontecimentos e fazeres, suas implicações no trabalho e na vida dos indivíduos e comunidade, sendo necessário estimular novas conexões, novos encontros e, desse modo, possibilitar uma conduta menos enrijecida no ambiente de trabalho, colocando os profissionais de enfermagem em relação com os sujeitos, demais membros da equipe e comunidade.

Considera-se que a construção dos CAPS consiste em uma possibilidade de mudança no campo da saúde mental e a equipe de enfermagem precisa se permitir viver e construir novas propostas de atenção à pessoa em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas que extrapolem a prática mecanicista e manicomial, como as atividades grupais; grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domiciliares e passeios; escuta sensível, acolhimento, comunicação terapêutica, relacionamento terapêutico, implementação da SAE e teorias de enfermagem ao seu cotidiano.

É fundamental que o enfermeiro esteja aberto a várias possibilidades,

participe das discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica, aprenda a dialogar sobre a saúde mental e o sofrimento psíquico, desenvolva uma consciência crítica e reflexiva, aprenda integrar o objetivo e o subjetivo, com a harmonia entre razão e sentimento para compreender o seu vivido e o do outro. É necessário aprender, repensar, reinventar e ressignificar novos saberes e práticas de enfermagem em saúde mental.

Esse estudo é um convite aos profissionais de enfermagem, gestores, membros da equipe multiprofissional a ampliar o olhar para as possibilidades, propostas e atitudes para a enfermagem em saúde mental, logo que é importante compreender as singularidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, mas também deve-se considerar as subjetividades dos profissionais de enfermagem que atuam nesse campo, suas dificuldades e desafios para desenvolverem o cuidado que é preconizado.

Para tanto, para compreender o que a equipe de enfermagem vivencia no CAPS ad em seu cotidiano é necessário apreender o central e o periférico, não só apenas ver o que está diante dos nossos olhos, mas olhar para os lados, ir além do que está posto.

Ressalta-se a importância da inserção dos estudantes de enfermagem, no cenário da saúde mental no âmbito da atenção psicossocial, a valorização do ensino e pesquisa em enfermagem em saúde mental a fim de introduzir e desenvolver novas tecnologias para fortalecer a enfermagem como profissão e mudar a realidade da assistência ao sujeito em sofrimento psíquico.

As reflexões apresentadas não tem o intuito de julgar o valor do trabalho que vem sendo realizado no CAPS palco da pesquisa. Entende-se esse serviço como um espaço que busca romper com concepções pautadas na lógica manicomial, mas que ainda está em processo de transição de suas práticas tradicionais entre usuários e profissionais para uma prática que empodere o usuário, compreenda-o como corpo sócio-político que pode transformar sua realidade, ser sujeito de sua história e não apenas objeto.

Uma limitação deste estudo é contemplar apenas um serviço de saúde mental, considerando que é o único CAPS direcionado aos usuários de álcool e outras drogas no município. No entanto, a inclusão de outras instituições que constituem a rede de atenção psicossocial do município poderá ampliar as discussões sobre essa temática que envolve a saúde mental. Outro aspecto que

deve ser valorizado é a inclusão da visão dos outros profissionais que fazem parte da equipe interdisciplinar dos serviços substitutivos, dos usuários e familiares, desse modo dando oportunidade de vocalização de todos os sujeitos envolvidos.

Ciente dessa limitação, destaca-se que essa pesquisa não teve a pretensão de esgotar o tema estudado, mas obter respostas para a inquietação apresentada e ao compreendê-la gerar um produto, incentivo para o desenvolvimento de outras pesquisas para a construção de novos conhecimentos em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, L.M.; AMARANTE, P.D.C. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.
- ALVERGA, A. R., DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.299-316. 2006.
- ALVES, M.; OLIVEIRA, R.M.P. Enfermagem Psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.14, n.1, p.64-70, 2010.
- ALVES, M. S. et al. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. **Rev. Enferm, Cent. O. Min**, v.2, n.1, p.1-9, 2012.
- AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**. 45: 43-46, dez. 1994.
- AMARANTE P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.11, n.3, p.249-263, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; COSTA, A.M. **Diversidade Cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- AMARANTE, P. **Retrocessos à vista no campo da saúde mental no Brasil. Entrevista especial com Paulo Amarante**. São Leopoldo. Instituto Humanitas Unisinos, 11 fevereiro de 2016. Entrevista à Leslie Chaves.
- ANTONIA; BOLA; JUSTINE;RUTH. **Paterson & Zderad : Humanistic Nursing**, 2015.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.
- BARROS S. **Ensino da enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial**. In: Jorge MSB, Silva WV, Lemos FB, organizadores. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Ed, 2000.
- BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Organização de Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BELLATO, R.PASTI, M.J. TAKEDA, E. **Algumas Reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem**. Rev. Latino americana Enfermagem . v. 5,

n.1, p. 75-81,1997.

BERSANI, G. The Italian Law "180" thirty years after: from the unmet needs of sick people and families the duty of a critical reflection. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v.45, n.1, p. 27-32, 2009.

BRAGA, F.S., OLSCHOWSKY, A. Prazer no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Revista Enfermagem UFPE**, v.9, n.3, p.7088-94,2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 224, de 29 de janeiro de 1992. **Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI N 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**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.Brasilia. Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012a.

BRASIL. **Comissão Nacional sobre os determinates sociais de saúde (CNDSS)**. Carta aberta aos candidatos à Presidência da Republica. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466. 12/12/2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos**. Brasília. 2012b.

BRASIL, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3657/1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências**. Brasília, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental do Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília, 2015.

CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** In: CAMPOS G.W.S, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica.** Fiocruz, 2000.

CARNEIRO, L.A., PORTO, C.C. **Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica.** Cadernos Brasileiros de Saúde mental. v.6, n.14, p.150-167, 2014.

CARVALHO YM; CECCIM RB. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde coletiva.** In: Campos GWS et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Fiocruz; 2006.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA, R.M.; CACCAVO, P.V.; PORTO, I.S. O cuidado de enfermagem dos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.13, n.1, 2014.

Centre d'Études sur l'Actuel et Quotidien [Internet]. Histoire du CEAQ [acesso em 13 abr 2016]. Disponível: <http://www.ceaq-sorbonne.org/node.php?id=55>.

Conselho Federal de Enfermagem – **COFEN. Resolução 358/2009.** [acesso em 13 abr 2017]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. As conferências de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, v.25, n.58, p.12-25, 2001.

CRUZ, M.P; SOUZA, M.C.F, SOUSA, I.A.R. Oficinas terapêuticas em saúde mental como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção dos familiares. **Rev enferm UFPE on line.** 2016.

DE FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia e Sociedade.** v.21,n.3,p. 324-33, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e sociedade**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, v.2, n.1, p. 95-127. 2012

FERNANDES, M. A.; SILVA, E. M.; IBIAPINA, A. R. S. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. **Revista Interdisciplinar**. v.8, n. 4, p. 162-172, out./nov., 2015.

Fernandes J.D, et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Rev. esc. enferm. USP**. v.43, n.4, p.962-8, 2009.

FERNADES, R.L., MIRANDA, F.A.N. Análise da teoria das relações interpessoais: cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev enferm UFPE on line**. v.10, n.2, 880-6, 2016.

FERREIRA, R. G. “Duras tecnologias leves” nas ações da enfermagem em saúde mental: ferramentas ao subsídio da prática. **Rev. Saúde e desenvolvimento**. v. 7, n.4, p. 67-77, 2015.

FONSECA, C.J.B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v.1, n.1, p.11-36.2012.

FONSECA, F.N.; GONDIM, A.P.S.; FONTELES, M.M.F. Influência dos grupos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial entre usuários com dependência de cocaína/crack. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, P. 551-561, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT. M. **História da loucura**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva,1997

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico. Curso do Collège de France**.São Paulo: Marins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

FRANCES, A. **Voltando ao normal**. Rio de Janeiro: Versal editores, 2016.

FREIDSON, E. **Renascimento do Profissionalismo**. Ed USP, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999

FURTADO, R.P. et al. O trabalho do professor de educação física no CAPS: aproximações iniciais. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, jan./mar., 2015.

FUSAR-POLI, P.; BRUNO, D.; MACHADO-DE-SOUZA J.P. Franco Basaglia (1924-1980): three decades (1979-2009) as a bridge between the Italian and Brazilian mental health reform. **International Journal of Social Psychiatry**, v.57, n.1, p.100-103, 2011.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexões sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem** v. 9, n.2, p. 48-55, 2001.

GOULART, D.M. Autonomia, saúde mental e subjetividade no contexto assistencial brasileiro. **Revista Científica Guillermo de Ockham**, Cali. v.11, n.1, p.21-33. Enero/junio, 2013

GRIGOLO T.M; PAPPANI, C. Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.14, p.01-26, 2014.

HADDAD AE; PIERANTONI CR; RISTOFF D, et al (organizadores). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacional e geográfica**, 2015

IVO DE CARVALHO, A.; WESTPHAL M.F.; PEREIRA LIMA, V. Health promotion in Brazil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.1, n.1, p. 7-12, 2007.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto contexto Enferm.** v.15, n. esp, p. 178-85, 2006

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015

LIMA, D. W. et al. Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. **Escola Anna Nery revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.336-42, abr./jun. 2014.

LUZ, V. L. E. S. et al. Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **Interd.** v. 7, n. 4, p. 1-12, 2014.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003.

MACIEL, M.E.D.; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare enferm**, v.20, n.1, p.207-10, 2015.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Hlpern Gurovitz. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MAYEROFF, Milton. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro. Editora Record, 1971.

MAYNART, W. H. C et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul enferm**, v. 27, n.4, p. 300-4, 2014.

MELO, D. T. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad editora, 2015.

MENEZES, S. R.; PRIEL, M.R.; PEREIRA, L.L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n.4, p.953-8, 2011.

MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. HUCITEC, 2005

_____ **As redes na micropolítica de saúde do processo de trabalho**. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, Emerson. Elias. **Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy e Onocko (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

MERHY, E. E.; **Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção** in Merhy et al, "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano"; São Paulo, HUCITEC, 2003

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V. M. R. Características do cuidado em Saúde Mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. Trabalho, **Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 265-76, Jul./Out. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, A. E. C., et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 526-535, jul./set. 2010.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M.S.A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci**, v. 40, n.3, p.300-5, 2015.

MORENO, V.; BARBOSA, G.C. Familiares de pessoas portadoras de transtorno mental: conhecimento dos direitos à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36, n.1, p.43-8, 2015.

NASI, C. et al. Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36, n.1, p. 92-7, 2015

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?**, 2000.

NÓBREGA, J.F. et al. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm**, v.17, n. 2, p.373-6 Abr/Jun, 2012.

NÓBREGA, M. M. L. , GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58. n. 2, p.227-230, 2005.

OLIVEIRA, M.L. Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial em Alagoinhas/Bahia: um estudo das representações sociais e familiares. **Revista Diálogos Possíveis**, Salvador, v.14, n. 2, p. 114-131, jul./dez. 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). **Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)**. Caracas, Venezuela, 1990.

PATERSON, J.E.; ZDERAD, L.T. **Humanistic Nursing**. United. States of America: Wiley Biomedical Publication; 1976.

PIRES, M.R.G.M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia Saúde da Família : em busca da autonomia. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.spe2, p.1710-5, 2011.

PITTA, A.M. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.12, p. 4579-4589, 2011

PINHO et al. Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v.23, n.1, p.65-73. 2014.

PYCHA, R.; GIUPPONI, G.; SCHWITZER, J.; DUFFY, D.; CONCA, A. Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010?. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v.261, n.2, 135-139, 2011.

REBECCA, F.E.O et al. Developing effective and caring nurse-patient relationships. **Nursing Standard**. 2017.

RODRIGUES, J. SANTOS, SMA. ZEFERINO, MT. et al. Revisão Integrativa sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental. **Rev Fundament Care**, v. 06, n. 01, p. 433-449, 2014.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização, uma outra via.** In: **NICÁCIO M.F. Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, E.O. et al. Serviços substitutivos na perspectiva da reabilitação psicossocial: um relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 11, n.3, p, 588-592, Jul/Set, 2012.

SANTOS, J.A.; OLIVEIRA M.L.F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde e transformação social**. , Florianópolis, v.4, n.1, p.82-9, 2013.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.3, 995-1015, 2010.

SCHMITZ, E.L. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v.37(esp):e68435, 2016.

SCHAURICH, D; PADOIN, S.M.; PAULA, C.C.; MOTTA, M.G.C. Utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad como possibilidade de prática em enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 9, n. 1, p. 265-70, 2005.

SCHNEIDER, D. R.; SPORH, B. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, v.39, n.1, p. 219 – 236, 2006.

SCHOLZ, D.C.S. et al. A construção do projeto terapêutico de um CAPS no Sul do Brasil. **Rev. Context e Saúde**. v.14, n.27, p.65-9, 2014.

STEFANELLI, M.C.S.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistências.** Barueri. Manole, 2008.

SILVA, N.S. et al. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.5, p.745-52, set./out. 2013.

SILVA, S.M., SOARES, C.B., SANTOS, V.E. An evaluation of the Harm Reducion Unit in Santo André City, São Paulo State, Brazil. *Social Medicine*, v. 5, n.3, p.161-7, 2010.

SILVA, E.A.; COSTA, I.I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

SILVA M.C.M et al. Redescobrimo um panorama de possibilidades: práticas de ressocialização oferecidas pelo centro de atenção psicossocial. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.3, 1269-78, 2017.

SOUZA, A.C.; GULJOR, A.P.F; SILVA, J.L.L. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **Avances em Enfermeria, Bogotá**, v.22, n.2, p.292-298, jul./dez. 2014.

STUTZ, B. L. As primeiras escolas de enfermagem e o desenvolvimento desta profissão no Brasil. **Cadernos de História da Educação**, v. 9, n. 2, p. 347-362, 2011.

SOUZA, J. et al. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Rev. enferm.** v. 15, n.2, p.210-7, 2007. 2007

SILVEIRA et al. A clínica de enfermagem em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.25, n. 2, p. 107-20. 2011.

TANNURE, M.C, PINHEIRO, A.M. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem**. Guia Prático. 2 ed. Guanabara Koogan, 2010.

TAVARES, C. M. M. et al. Percepção dos docentes sobre inovação no ensino de saúde mental. **Investigação qualitativa**. v1, n 247-50, 2015.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. HUCITEC, 2015.

TEIXEIRA, L.G., VILLAR, L.M.A. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro Brasil: atitudes e crenças. **Rev. Latino americana enfermagem**. v.13, n. (spe), p.872-9, 2005.

VARGAS, D. et al. Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.101-6, 2014.

VARGAS, D.; Oliveira, M.A.F.; Duarte, F.A.B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.19, n.1, p. 1-9, jan./fev. 2011.

VICENTE, J.B.; MARCON, S.S.; HIGARASHI, I.H. Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.25, n.1, p.2-9. 2016

YASUI, S. **Rupturas-desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

WATSON, J. et al. **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. 2002.

APÊNDICE I

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem

Pesquisa: O Cotidiano da Equipe de Enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III

Pesquisadora Responsável: Enfermeira Christina Otaviano Pinto

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.

Data: ___/___/_____

Instrumento para coleta de informações da pesquisa

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

- 1- Tempo de conclusão da graduação e curso técnico. Possui pós-graduação?
Sim () Não () Qual?
- 2 - Trabalha no CAPS AD III há quanto tempo?
- 3 - Como e por que se inseriu no CAPS AD III?
- 4 - Como vê o seu trabalho no CAPS AD III?
- 5 - Como é o cotidiano da equipe de enfermagem no CAPS AD III?
- 6 - Quais tecnologias vem utilizando para adequar seu fazer cotidiano nesta nova modalidade de assistência considerando a clínica ampliada e a clínica do sujeito?

ANEXO I

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**O Cotidiano da Equipe de Enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III**” que será desenvolvida por Christina Otaviano Pinto, enfermeira, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves. Nesta pesquisa pretendemos Compreender o cotidiano da equipe de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III da Zona da Mata Mineira. O estudo se justifica pela necessidade de buscar respostas para o problema, a fim de contribuir para a reflexão dos profissionais de enfermagem e para fornecer subsídios para a construção do conhecimento e reorientação prática da equipe de enfermagem que atua no CAPS AD III, indicando caminhos de superação e melhora do cuidar que é realizado por essa equipe, e por constatar a importância destes profissionais enquanto membros integrantes da equipe multiprofissional desse serviço. Para esse estudo adotaremos os seguintes procedimentos: serão utilizados como instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada individual com a equipe de enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III, que será gravada em mídia digital, e observação participante sendo registradas as observações do pesquisador em um caderno. As informações serão transcritas, sistematizadas e analisadas. A investigação apresenta risco mínimo para os participantes, ou seja, riscos semelhantes àqueles que ocorrem no dia-a-dia, já que nenhum procedimento invasivo ou experimental do ponto de vista físico, biológico ou psicológico serão utilizados, mas ainda assim, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos o projeto será submetido ao comitê de ética da UFJF como recomenda a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisadora se compromete a reduzir tais riscos utilizando técnicas de comunicação e de relacionamento. Espera-se que a pesquisa possa contribuir com reflexão da equipe de enfermagem acerca da importância do cuidado de enfermagem em saúde mental; a reflexão da equipe de enfermagem sobre o agir e cuidar que está sendo realizado atualmente e a possibilidade da construção de novas propostas de assistência à pessoa com sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas no CAPS AD III. A oportunidade da equipe de enfermagem repensar e ressignificar o cuidado neste serviço, visando a melhora do cuidar cotidiano e a possibilidade de reinserção social do usuário do CAPS AD III. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas

vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**O Cotidiano da Equipe de Enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Orientador: Marcelo da Silva Alves

Rua: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário. Bairro São Pedro

CEP: 36036-900 – Juiz de Fora - MG

Fone: (32) 3231-0409

E-mail: enfermar@oi.com.br

Pesquisador Responsável: Christina Otaviano Pinto

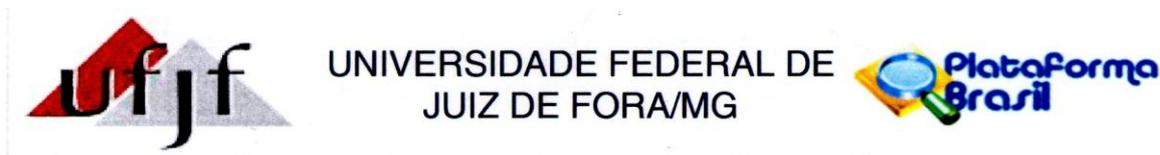
Endereço: Avenida Rio Branco, 2872/1806

CEP: Juiz de Fora - MG

Fone: (32) 3218-7675

E-mail: chrisotavianop@outlook.com

ANEXO II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Cotidiano do Cuidar da Equipe de Enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III

Pesquisador: Christina Otaviano Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53782016.4.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.459.570

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

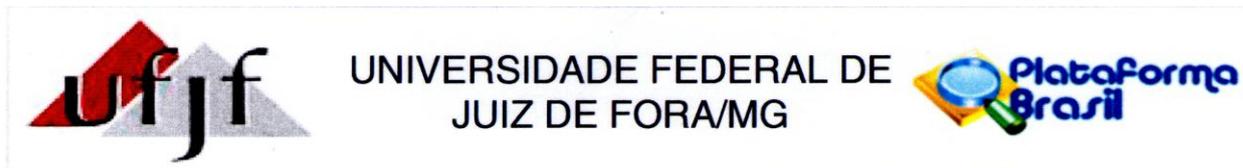
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.459.570

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 31 de agosto de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_668151.pdf	01/03/2016 21:46:36		Aceito
Folha de Rosto	img029.pdf	01/03/2016 21:39:45	Christina Otaviano Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	5.pdf	01/03/2016 21:34:16	Christina Otaviano Pinto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4.jpg	01/03/2016 21:33:26	Christina Otaviano Pinto	Aceito
Outros	3.jpg	01/03/2016 21:32:43	Christina Otaviano Pinto	Aceito
Outros	2.jpg	01/03/2016 21:31:29	Christina Otaviano Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	1.pdf	01/03/2016 21:30:10	Christina Otaviano Pinto	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.459.570

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 21 de Março de 2016

Assinado por:

**Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO III



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilima Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG.

Solicito de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: título "O Cotidiano do Cuidar da Equipe de Enfermagem de um Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas III" que será desenvolvida por mim, Christina Otaviano Pinto, enfermeira, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves.

O objetivo desse estudo é Compreender o cotidiano do cuidar da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III de uma cidade da Zona da Mata Mineira. Será realizada observação participante com registro em diário de campo e entrevista semiestruturada com 20 profissionais de enfermagem que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto sigilo em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com o inciso IV. 3 referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus itens obrigatórios. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Christina Otaviano Pinto
Enfermeira Christina Otaviano Pinto
Mestrando em Enfermagem

Marcelo Alves
Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Orientador

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informada quanto às finalidades dessa pesquisa, que a Instituição possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.

Denise B. de Castro Friedrich

Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora- MG

Juiz de Fora, 14/02/2016

Prof.^a Dra. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN-MG 024.033

ANEXO IV**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilma Viviane de Souza

Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III

Solicito de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: título "O Cotidiano do Cuidar da Equipe de Enfermagem de um Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas III" que será desenvolvida por mim, Christina Otaviano Pinto, enfermeira, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves.

O objetivo desse estudo é Compreender o cotidiano do cuidar da equipe de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III de uma cidade da Zona da Mata Mineira. Será realizada observação participante com registro em diário de campo e entrevista semiestruturada com 20 profissionais de enfermagem que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Informo ainda, que o nome da instituição não será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto sigilo em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com o inciso IV. 3 referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e seus itens obrigatórios. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Christina Otaviano Pinto

Enfermeira Christina Otaviano Pinto
Mestrando em Enfermagem

Marcelo Alves
Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Orientador

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informada quanto às finalidades dessa pesquisa, que a Instituição possui infraestrutura para sua realização e autorizo a realização da coleta de dados.

Viviane de Souza
Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III

Juiz de Fora, 18/02/2016

ANEXO V**DECLARAÇÃO**

Eu, Viviane de Souza na qualidade de responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III, autorizo a realização de a pesquisa intitulada O Cotidiano do Cuidar da Equipe de Enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Christina Otaviano Pinto, enfermeira, mestranda do PPG-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação do professor Dr. Marcelo da Silva Alves e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 18 de FEVEREIRO de 2016

ASSINATURA


(carimbo da Instituição)

Viviane de Souza
Coordenadora do CAPSAD
DSME/SSRA/SS/PJF