



Yara Cristina Wykret Duarte

CUIDANDO DE OLHOS FECHADOS:

UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO DO CAPSAD DE BETIM

BELO HORIZONTE

2019

CUIDANDO DE OLHOS FECHADOS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO DO
CAPSAD DE BETIM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Professor Doutor Ronaldo Alves Duarte

Belo Horizonte

2019

D812c Duarte. Yara Cristina Wykret.
Cuidando de olhos fechados: uma proposta de intervenção para os profissionais de enfermagem de nível médio do CAPSAD de Betim. / Yara Cristina Wykret Duarte. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

35 p.

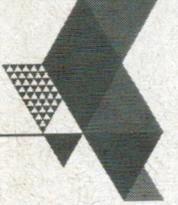
Orientador(a): Ronaldo Alves Duarte.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Atenção a Usuários de álcool e outras drogas no SUS.

Inclui bibliografia.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Enfermagem. 3. CAPSAD. 4. Estigma.
I. Duarte, Ronaldo Alves. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WY 193



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

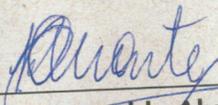
Declaramos que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da aluna **Yara Cristina Wykret Duarte**, intitulado "Cuidando de olhos fechados: uma proposta de intervenção para os profissionais de nível médio do CAPS AD de Betim", foi avaliado pela banca composta por: Ronaldo Alves Duarte (Orientador), Camila Souza de Almeida (Avaliadora), Márcia da Conceição Campos (Avaliadora) foi considerado aprovado obtendo Nota/Conceito 89 / B.

Reformulações:

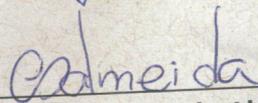
- () Sugeridas - Somente para Conceito A, B e C.
- () Exigidas para Aprovação - em conceito D
- () Não se aplicam.

Obs: A banca examinadora reconhece a qualidade e importância de proposta do trabalho, (Su) entretanto, sugere correções nos aspectos de formatação gráfica: numeração de páginas, reorganização de alguns pontos do texto conforme apontado pelo examinadora.

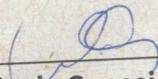
Belo Horizonte, 28 de junho de 2019.



Ronaldo Alves Duarte



Camila Souza de Almeida



Márcia da Conceição Campos

Yara Cristina Wykret Duarte

**CUIDANDO DE OLHOS FECHADOS:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO DO
CAPSAD DE BETIM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Márcia da Conceição Campos, Especialista em Saúde da Família, enfermeira do CAPSad Betim e Enfermeira de Saúde da Família da PBH.

Camila Souza de Almeida, Doutoranda em enfermagem pela escola de enfermagem da UFMG, Mestre em ciências da saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Departamento de enfermagem psiquiátrica, USP.

Ronaldo Alves Duarte, Doutor em política social pela UFF, professor do curso de Serviço Social da UEMG, assistente social do SERSAM.

Belo Horizonte

2019

Aos meus colegas do CAPSad
Betim, principalmente aos colegas da
equipe de enfermagem, que participaram
comigo desta jornada de trabalho e
aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida irmã Mara, que sempre me apoiou em todos os meus projetos, principalmente este. Aos colegas deste curso de Especialização, que mostraram que sempre é possível fazer um trabalho de excelência no SUS.

A esta escola e seus docentes, que num momento de incertezas nos mostraram o sentido, a força e a coragem para resistir sempre.

RESUMO

Com a Reforma Psiquiátrica foi proposta uma mudança de paradigma no qual os locais de tratamento devem ser dispositivos de acolhimento e cuidado. Nesse contexto surgem os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidados. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo a função de evitar as internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPSad vem para possibilitar o tratamento dos usuários de drogas em um ambiente onde sejam mantidos seus direitos sociais e cidadania. Os CAPSad devem ser serviços multidisciplinares que visam a liberdade e a autonomia das pessoas. Dentro dessa equipe multiprofissional está a enfermagem, oriunda de uma educação na qual predomina uma lógica médico-hospitalar. No dia a dia do CAPSad o profissional de enfermagem é convidado a se deparar com seus preconceitos, com um novo fazer, dentro de um novo paradigma, no qual os saberes devem ser descentralizados. Este trabalho se trata de um projeto de intervenção que objetiva oferecer educação permanente para os profissionais de nível médio do CAPSad Betim é importante para garantir um cuidado que privilegie a Redução de Danos e a diminuição do estigma do público assistido neste serviço.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Enfermagem CAPSad Estigma

ABSTRACT

Along with Psychiatric Reform a paradigm shift is proposed where the treatment places should be welcoming and caring. In this context, the CAPS (Psychosocial Attention Center) a strategy to change the medical assistance that includes the reorganization of the care network from a territorial logic, which means activating existing community resources to compose and weave the multiple strategies implicit in this proposal. More of this strategy is closely related to a political proposal of organization and health care. The Psychosocial Care Centers (CAPS), among all mental health care alternatives, have strategic value for the Brazilian Psychiatric Reform, the and they also avoid hospitalizations in psychiatric hospitals. The CAPSad come to enable the treatment of drug users in an environment where their social rights and citizenship are maintained. The CAPSad should be a service whose aim is to keep one's freedom and autonomy of the person. Nursing can be found inside this multiprofessional team and due to this medical-hospital relationship, the nurses are invited to face their prejudice and to decentralize knowledge. The ongoing education for the CAPS middle-level professionals happens to guarantee Damage Reduction and to decrease the stigma around the person.

Keywords: Psychiatric Reform Nursing CAPSad Stigma

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....	10
2.1 A Redução de danos como estratégia de cuidado e a enfermagem de nível médio do CAPSad	15
3. OBJETIVOS.....	18
4. METODOLOGIA/PLANO DE AÇÃO.....	19
5. O PLANO DE AÇÃO	26
6. RESULTADOS ESPERADOS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INICIAL	32
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ENCERRAMENTO	35

1. INTRODUÇÃO:

Como integrante da equipe do CAPSad e como um dos primeiros contatos do paciente que é acolhido no serviço, a equipe de enfermagem é muito importante na organização do serviço que atende pessoas em uso prejudicial de substâncias psicoativas, que é um público que sofre com estigma, preconceito, conflitos com a justiça e perda de direitos.

Por muitas vezes ouve-se questionamentos sobre o cuidado de alguns pacientes: _ “fulano não quer nada, só vem bêbado”, “estou aqui para cuidar e não para entreter ninguém”, referindo-se a respeito da participação da enfermagem nos grupos operativos e nas oficinas realizadas no CAPSad.

Determinantes históricos e socioculturais promoveram uma visão estigmatizada e preconceituosa do usuário de álcool e outras drogas; estas representações influenciam nas intervenções dos profissionais de saúde direcionadas para esta clientela, ocasionando muitas vezes a sua exclusão dos cuidados de saúde.

Como discente da Especialização em Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS e colaboradora em um Centro de Atenção Psicossocial-álcool e drogas (CAPSad) vejo a necessidade de propor uma intervenção dentro do CAPSad Betim. Neste contexto, apresento uma proposta de capacitação para os profissionais de enfermagem, de nível médio, do CAPSad do município de Betim, com o intuito de valorizar estes profissionais como parte importante do cuidado do paciente, bem como possibilitar o diálogo dentro do serviço, através do alinhamento de conceitos e construção de casos clínicos.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.

Desde 1852, quando foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, até os anos sessenta do século XX, a assistência psiquiátrica no Brasil se caracteriza por um modelo essencialmente hospitalocêntrico e excludente. A assistência psiquiátrica brasileira caracterizou-se pela oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais públicos (YASUI, 2006).

Ao fim da década de 1950, a situação era grave nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos grosseiros; falta de vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos e automatizados. A partir do golpe militar de 1964, até os anos 1970, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No final dos anos 1980, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. As condições dos hospitais, privados ou públicos, continuavam extremamente precárias, o poder público não exercia qualquer controle efetivo da justificativa, da qualidade e da duração das internações. Denúncias e críticas diversas a essa situação surgem no Brasil nos anos 1970. Diversos segmentos sociais se organizaram nessa época, ao longo do processo de redemocratização do país. Surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental! Trabalhadores da área se organizaram, apontando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país, e propondo formas de trabalho que pudessem romper com esse modelo. Esse movimento, através de variados campos de luta, passa a ser protagonista e a construir, a partir deste período, uma rede de denúncias da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). E assim como

estes, em muitos outros eventos, congressos, encontros, enfim, onde houvesse a possibilidade de expressão para um público ainda que pequeno, havia um protesto, uma denúncia, uma menção de apoio. (MINAS GERAIS, 2007).

A Reforma Psiquiátrica foi sendo construída pelos trabalhadores que presenciavam a violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação (YASUI, 2006).

A Reforma Psiquiátrica propõe uma mudança de paradigma onde os locais de tratamento devem ser dispositivos de acolhimento, cuidado e trocas sociais. Segundo Amarante (2017), a reforma psiquiátrica deve ser entendida como um “processo social complexo”, um processo de mudança para além do agir instrumental e burocrático e das normas e regulações, e para além das políticas do Estado e do controle técnico. A Reforma Psiquiátrica foi um movimento social de redefinição da relação social com a loucura. Trata-se de um processo que passa pelo Estado, pelos dispositivos institucionais – mas não se reduz a eles, desdobrando-se na mobilização e lutas sociais.

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

Em 1989, o deputado e sociólogo Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei 3657, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Até aquele momento, ainda prevalecia no país o Decreto Presidencial 24559, baixado por Getúlio Vargas, de 1934. Essa resolução previa o recolhimento de pacientes a hospitais psiquiátricos “mediante simples atestado médico”, que poderia ser solicitado por qualquer pessoa que tivesse interesse em internar alguém. (ARBEX, 2013).

Em 1990, Delgado conseguiu aprovar seu projeto sendo, então, a primeira lei de desospitalização, a lei 10.2016, em discussão no parlamento latino-americano. Paulo Delgado representou o país na conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. À convite da Organização Mundial de Saúde viajou para Caracas na Venezuela para integrar as discussões sobre novos modelos de tratamento (ARBEX, 2013). A Lei 10.2016 foi sancionada em 6 de abril de 2001, regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial dos pacientes portadores de

sofrimento mental. A Lei define os direitos das pessoas com transtornos mentais, proíbe internação em instituições com características asilares (hospícios e manicômios), determina a necessidade de autorização médica para internação, exige notificação compulsória do Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente.

Na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

As portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, muitas com o nome de NAPS ou de CAPS, que acabaram por se transformar em sinônimos de unidades assistenciais de vanguarda, a portaria 336/02 também do Ministério da Saúde, em função da mudança no financiamento, contribuiu para a ampliação do número de CAPS.

O CAPS é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nesta proposta. E mais do que reorganização, esta estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Os CAPS devem ser

substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

Dentro deste contexto estão os usuários de drogas que, por muito tempo, ficaram relegados a uma lógica de segregação e preconceito. Produziu-se um vazio assistencial, com a ausência de uma política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a abstinência. Além disso, a repressão e criminalização comprometem as vidas das pessoas que fazem uso de drogas, subtraindo-lhes direitos sociais e cidadania (ALVES, 2009).

A atenção aos usuários de substâncias psicoativas no setor saúde é influenciada também pelo processo de Reforma Psiquiátrica (MACHADO, 2018). As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema, e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante.

Em março de 2002, foram criados os CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) que são serviços de saúde que se prestam a atender pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo oferecer atendimento diário, intensivo, semi intensivo ou não intensivo. Esses serviços como preconiza o Ministério da Saúde, devem contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, além de apoio de práticas de atenção comunitária e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O

serviço deve ser multidisciplinar e humanizado, visando a liberdade e a autonomia das pessoas (BRASIL, 2002).

Os CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas – são os dispositivos estratégicos da rede de atenção psicossocial, e passam a ser implantados sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. De fato, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas. Desta forma os CAPSad, assim como os demais dispositivos desta rede, devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A Política do Ministério da Saúde afirma que um dos objetivos do CAPSad é a diminuição do estigma e preconceito relativo ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, e contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

2.1 A Redução de danos como estratégia de cuidado e a enfermagem de nível médio do CAPSad

O conceito de Redução de Danos se ampliou e está relacionada à promoção de direitos individuais e sociais inerentes ao cidadão usuário de drogas (POLLO; MOREIRA, 2008). Segundo Alves e Lima (2013), a Redução de Danos pode nortear as práticas de cuidado em saúde, propõe o fortalecimento do protagonismo do usuário, busca promover atitudes responsáveis frente ao comportamento de risco daquele, que por vários motivos, não privilegia o autocuidado em sua vida. A redução de danos oferece ao usuário a possibilidade de reconstrução do seu lugar de cidadão. Iniciativas de Redução de Danos registram-se em 1926, na Inglaterra, com o Relatório Rolleston. A estratégia de Redução de Danos ficou conhecida, nos anos 1980, como prática de prevenção à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e à hepatite, principalmente voltada para usuários de drogas injetáveis. (MACHADO; BOARINI, 2013).

As ações de redução de Danos se baseiam no pressuposto da autonomia do sujeito (BORGES e MOREIRA, 2018). O marco da construção da política pública de saúde para os usuários de drogas no Brasil, foi no ano de 2003, quando o Ministério da Saúde apresentou uma proposta no SUS, claramente influenciada por duas grandes experiências, a Reforma Psiquiátrica e o Programa de DST/AIDS, mais especificamente pelos Projetos de Redução de Danos (MACHADO,2018).

A estratégia da Redução de Danos está em consonância com a Constituição Brasileira, que considera a saúde como um dos direitos fundamentais de todo cidadão, e com os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, segundo os quais o acesso a serviços de saúde gratuitos e de qualidade deve ser universal e equitativo, atendendo às necessidades da pessoa como um todo (BRASIL, 2001).

É uma política que visa diminuir o estigma do sujeito. Pelos princípios da Redução de Danos o usuário de drogas deve ser visto como um sujeito de direitos e propõe a articulação entre vários campos de saber na tentativa de abranger a complexidade da questão do consumo de drogas (ANDRADE, 2004).

Nos primórdios de sua existência, a prática da enfermagem em psiquiatria esteve marcada pelo modelo controlador e repressor, sendo suas atividades realizadas por indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas por irmãs de caridade. (VILLELA e SCATENA, 2014).

Aplicar a Redução de Danos dentro do cuidado ao paciente usuário de substâncias psicoativas, para a enfermagem, que desde sua formação faz parte de curativa, faz com que haja a necessidade de um profissional aberto a ouvir, sem impor o cuidado.

Os profissionais de enfermagem, dentro da lógica hospitalar e médico-centrada, são aqueles que seguem protocolos e prescrições. Realizar o específico e ainda promover a descentralização de saberes e atividades continua sendo um desafio no processo de trabalho. (SILVA, 2016)

Nas escolas é exigido do profissional uma capacidade técnica em procedimentos e processos. No CAPSad, o profissional deve lidar com seus preconceitos e com sua habilidade de negociar com o outro e de respeitar o modo de viver desse, que é objeto de seu cuidado.

Garcia e Santos (2018), citam a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, na qual diz que os usuários de drogas são pessoas marginalizadas, às voltas com experiências de estigma e preconceito, que podem dificultar ou impedir o acesso delas aos serviços de saúde.

...profissionais de diferentes níveis de escolaridade apresentam diferentes visões em relação aos usuários, em especial os alcoolistas. Acreditam que o fato de que os profissionais de nível superior recebem mais informações a respeito do problema do álcool e outras drogas do que aqueles de nível técnico possa explicar este fato (GOMIDE et al., 2010), o que destaca a importância do investimento em educação permanente em saúde para os trabalhadores. (GARCIA e SANTOS,2018, p. 77)

Trata-se de uma clientela que mobiliza e desafia os processos de trabalho do CAPS (SILVA, 2016), do hospital psiquiátrico, de toda e qualquer serviço destinado à mesma missão de tratamento.

Poderíamos inferir que se trata de usuários neuróticos e psicóticos graves (não tendo a crise, especificamente, como parâmetro) que não somente se desvelam insuportáveis pela heteroagressividade, pelo barulho que causa, pelo silêncio intransigente que desvelam, mas pela tensão que provocam na estrutura física dos serviços, nos mecanismos de trabalho, nos saberes instituídos e investidos que não somente psiquiátricos, na formação dos trabalhadores. São usuários, cuja insuportabilidade também se constrói ao longo dos tempos e decorrente do mal-estar da civilização, da sociedade que cria (a)normalidades e determina graus de intolerância, demandando uma instituição de tratamento, de preferência fechada. Podemos exemplificar a atual situação dos usuários de crack e outras drogas e os dilemas e polêmicas em torno da (im)possível instituição de tratamento, considerando o debate entre a abstinência negociada e imposta. São usuários que ampliam esta insuportabilidade, constituindo uma vulnerabilidade biopsicossocial. Se o hospital fecha os usuários, ele também restringe, limita e reforça a existência de um único gênero profissional em Psiquiatria, o CAPS convoca os trabalhadores à renormalização de saberes e fazeres e os usuários à liberdade do ir e vir como proposta de tratamento em equipe. E isso gera diversos conflitos de diversas ordens no trabalho real...(SILVA, 2016, p. 38)

Muito além das práticas comuns à enfermagem, são exigidas outras habilidades do profissional de saúde mental como empatia, criatividade para garantir o cuidado transdisciplinar e autonomia do sujeito.

3. OBJETIVOS:

Propor capacitação dos profissionais de nível médio de enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), a fim de promover uma reflexão acerca da estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas e construção do vínculo com o usuário.

4. METODOLOGIA/PLANO DE AÇÃO:

Visando capacitar e alinhar o conceito de estigma e as diretrizes de atendimento no CAPSad Betim, propõe-se neste projeto de intervenção a educação permanente dos profissionais de nível médio de enfermagem deste serviço.

O objetivo é que a ação seja simples e de baixo custo, com encontros de curta duração, para possibilitar a viabilidade do projeto. Proponho rodas de conversas com o grupo de profissionais de nível médio de enfermagem, em horário de serviço, para garantir a participação dos mesmos e diminuir os custos da ação.

Os assuntos a serem levantados na ação seriam conceitos e estudos de caso de pacientes atendidos pelos próprios profissionais.

Com essa simples ação, acreditamos ser possível lograr êxito em promover um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e contínuo, tendo como finalidade a análise e o aprimoramento da capacitação de pessoas e grupos, para enfrentarem as necessidades dos sujeitos acolhidos e atenderem aos objetivos e metas da instituição à qual pertencem. Segundo Ceccim (2005), a educação permanente em saúde, ao mesmo tempo que promove a atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, implica seus agentes às práticas organizacionais, às políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A educação permanente surge para formular estratégias que auxiliem a solucionar problemas, segundo Massaroli e Saupe (2008). Educação em serviço é uma unidade desenvolvida por meio de programas, que orienta os profissionais, de acordo com os objetivos da instituição (GIRADE, CRUZ e STEFANELLI, 2006).

Os usuários de substâncias psicoativas são marcados por preconceito e por estigma social. Estigma social é definido como uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que das pessoas “normais”, chegando a tornar-se incapacitado para a aceitação social. (GOFFMAN, 2004).

Diminuir o estigma dos usuários de substâncias psicoativas significa melhorar a assistência e garantir o acesso destes pacientes ao convívio social. No modelo atual de atenção é proposto a revisão das relações internas de poder. No contexto de um CAPS, o papel dos profissionais e sua ação diária preveem mudança de postura e adaptação contínua às diferentes demandas e situações. Em uma lógica hospitalar o profissional de

enfermagem segue vários protocolos e nessa “nova lógica” é privilegiada a autonomia do sujeito e a utilização de recursos para tratamento envolvendo a comunidade, cultura e as famílias dos usuários do serviço.

O Município

O município de Betim está localizado na região metalúrgica, na zona metropolitana de Belo Horizonte, distante 30 Km da capital. Faz divisa com os municípios de Esmeraldas, Contagem, Juatuba, Igarapé, Ibirité, São Joaquim de Bicas, Mario Campos e Sarzedo. Possui uma área territorial de 343 km² e população de 377.547 habitantes (IBGE, 2010).

Na década de quarenta, instalaram-se as primeiras indústrias de Betim, ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional. Por sua oferta privilegiada de infraestrutura, passou a ser um pólo de atração para indústrias. Nestes últimos 30 anos, o parque industrial de Betim cresceu e se diversificou. Além de pólo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes empresas nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica e logística. Em 30 de março de 1968, a Refinaria Gabriel Passos (REGAP), empresa subsidiária da Petrobrás, foi inaugurada, responsável pela exploração, refino e comercialização de petróleo e derivados. Em 9 de julho de 1976 foi inaugurada a FIAT Automóveis, uma das maiores montadoras do país e a maior empresa de Minas Gerais. Em torno dela, cresceu uma ampla rede de fornecedores, consolidando o perfil industrial do município. Nos anos 80, houve um crescimento abrupto e a população chegou a 82.601 habitantes. Betim foi considerada uma das cidades que mais cresceu no país. Sofreu uma desaceleração durante a crise econômica da época. A partir da década de 1990, Betim passou a atrair novas indústrias. Considerando o período compreendido entre 1991 e 2000, apresentou um crescimento populacional, cuja taxa média anual é de 5,46%. A população alcançou os números de 406.474 habitantes no ano de 2013 (IBGE,2013).

O SUS/Betim conta com uma complexa rede de serviços implantada, em sua grande maioria, desde 1993. Segundo o Plano Municipal de Betim 2014/2017, pretende-se priorizar: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral do município de Betim, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais; ampliar a cobertura da saúde mental na Atenção Primária; reduzir os danos associados ao uso de álcool, crack e outras drogas, garantindo à população acesso aos serviços de saúde e à rede de suporte social por meio de parcerias

intersectoriais; implantar, implementar, validar e publicar os protocolos assistenciais/linhas-guia e as instruções técnicas de trabalho da Atenção Psicossocial previstos. Tem como meta manter no mínimo 1,54% de cobertura pelos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) /100 mil habitantes; manter as internações em hospitais psiquiátricos para pacientes em sofrimento mental e/ou uso abusivo de álcool, crack e outras drogas menor que 5%, resguardados os casos de extrema indicação clínica; implementar o matriciamento em Saúde Mental em 100% das Unidades de Atenção Primária de Saúde.

Os Serviços de Saúde Mental foram implantados na mesma época em que foram os demais serviços de saúde e se orientam pelos princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e no Movimento da luta Antimanicomial.

Modalidades de Serviços

2 CAPS III, com funcionamento 24 horas, o CERSAM Betim Central, localizado na região central e o CERSAM Jefferson Peres, localizado no bairro Teresópolis;

1 CAPS I, na região de Citrolândia , CERSAM César Campos;

1 CAPS I, Centro de Referência em Saúde Mental Infante Juvenil, o CERSAMI, localizado na região central;

3 Serviços Terapêuticos-SRT, 2 no centro e outro no Citrolândia ;

1 Centro de Convivência;

4 Equipes de Saúde Mental nas UBS.

O CAPSad Betim

O CAPSad de Betim foi inaugurado em 2011. A equipe que compôs o serviço na ocasião de sua abertura era de profissionais que em sua maioria não tinha experiência em atenção na saúde mental. Entre os profissionais de nível médio, nenhum tinha trabalhado em um serviço de saúde mental, todos eram provenientes de hospitais gerais ou da atenção básica.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas 24 horas (CAPSad III) , cujo funcionamento está definido nas Portarias 336, de 19 de fevereiro de 2002 e 2.841, de 20 de setembro de 2010, do Ministério da Saúde; é um serviço que presta assistência em três níveis: intensivo, semi-intensivo e não intensivo de atenção diária com funcionamento 24 horas, por permitir a permanência noturna para pacientes que assim necessitarem.

O CAPSad III, funciona em uma área alugada de 1.620,85 m², e uma área construída de 412 m², com estrutura física dividida em duas construções independentes: o edifício principal com 290 m², onde acontecem os acolhimentos e atendimentos dos usuários; e a construção anexa com 122 m², que comporta o setor administrativo, quarto de descanso para os profissionais do noturno e uma área para apoio nas oficinas terapêuticas.

O CAPSad III conta com dez leitos para permanência à noite. As intercorrências clínicas detectadas no acolhimento, ou em qualquer momento da permanência ou passagem do usuário pelo serviço, que demande um aparato de urgência, são redirecionadas para a rede de urgência (UPAs e Hospitais), nos casos mais graves o paciente será removido pelo SAMU.

As intercorrências clínicas provenientes de agravos de saúde, as doenças crônicas de controle periódico e as ações preventivas são encaminhadas e realizadas na atenção básica.

O serviço mantém, como atividade de rotina, reuniões de equipe, todas as sextas-feiras. Estas reuniões são espaços destinados à discussão das rotinas do serviço, das questões administrativas e dos casos clínicos e projetos terapêuticos dos pacientes; de forma a viabilizar a circulação de informações sobre as rotinas do serviço e as particularidades dos casos atendidos, entre todos os integrantes da equipe.

Cada paciente atendido no serviço possui um projeto terapêutico individual, respeitando a sua singularidade, os seus recursos, limitações e seu desejo, levando em conta o seu contexto familiar e social.

As atividades propostas no serviço devem estar em consonância com as Diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas, com ênfase nas estratégias de redução de danos, no trabalho intersetorial para a promoção da saúde e assistência, na prevenção do uso e dependência, buscando atuar com a abordagem integral do sujeito em sua dimensão biopsicossocial.

Em 2014, foi realizado um projeto, parte integrante do PET (Programa de Educação pelo Trabalho), financiado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido no município de Betim/MG, em uma parceria entre a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/Núcleo Universitário Betim e a Secretaria Municipal de Saúde, que realizou um diagnóstico situacional do CAPSad Betim e fez a análise dos prontuários dos pacientes do serviço. Segundo estudo citado anteriormente, a maioria dos pacientes

atendidos era do sexo masculino (82%). A faixa etária que concentrava maior percentual é a de 41 a 55 (29,6%), seguida pela população de 31 a 35 (22,2%). A que concentra menor percentual é a faixa de 60 anos ou mais. Mais da metade dos usuários do CAPSad na época da coleta dos dados eram solteiros (56,3%). Mais da metade dos usuários do serviço possui vínculo empregatício (54,2) e o menor percentual é de estudantes (0,4%). O número de desempregados correspondia a 36,6% dos usuários. A droga mais utilizada pelos usuários é o álcool (84,3%), seguido pelo crack (43,75%) e pelo tabaco (40,3%). Há também um uso relevante de maconha e cocaína que aparecem com 36,46% e 35,07, respectivamente. A soma dos percentuais ultrapassa o valor 100%, já que cada usuário costuma utilizar mais de uma droga.

No que diz respeito à equipe do CAPSad Betim, compreende três agentes de higienização (dois terceirizadas e uma efetiva da rede), um assistente administrativo, dois assistentes sociais, quatro guardas patrimoniais, três médicos clínicos, um médico psiquiatra, cinco psicólogos, dois recepcionistas, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico, dois auxiliares de farmácia, sete enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, quatorze técnicos de enfermagem.

Em relação ao fluxo de atendimento do usuário no CAPSad, este é recebido pelo guarda patrimonial, depois é feita a ficha de atendimento e cadastro pela recepcionista. Após o atendimento na recepção, o paciente é dirigido à enfermagem para que seus dados vitais sejam avaliados. Em caso de alguma anormalidade o profissional de enfermagem (auxiliar ou técnico de enfermagem), discute o caso ou com o médico, ou com o enfermeiro do plantão para que possam ser feitos os encaminhamentos que forem necessários. Quando não há anormalidades o paciente é direcionado ao acolhimento, que é realizado por um técnico de nível superior.

Nesse acolhimento, o profissional negocia com o paciente a melhor forma de tratamento naquele momento. Também é feita a regionalização do paciente, que é o direcionamento para o profissional que será o técnico de referência do paciente. Os profissionais são divididos entre as regionais de Betim e referenciam os pacientes dessas regiões.

A Regionalização dos profissionais propicia que estes tenham maior domínio do território, bem como a participação de discussões com as equipes das unidades básicas da área de abrangência.

Alguns profissionais de nível médio referenciam casos de pacientes, alguns quando os técnicos de referência estão em período de férias, outros “foram escolhidos” pelo próprio paciente e participam do plano terapêutico do paciente.

Alguns dos profissionais de enfermagem participam da organização de grupos operativos e da realização de eventos no CAPSad.

Mas, em grande maioria, os profissionais de enfermagem apenas participam dos cuidados “ditos de enfermagem”, medicação, aferição de dados vitais, entre outras atividades tipicamente atribuídas aos profissionais de enfermagem.

A enfermagem do CAPSad Betim

Em relação ao quadro de enfermagem são eles: sete enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, quatorze técnicos de enfermagem.

O propósito da enfermagem, segundo o protocolo do trabalho específico da enfermagem do CAPSad de Contagem (2011), é assistir ao paciente usuário de álcool e outras drogas, considerando a pessoa, a família e a comunidade, enquanto envolvidos com e ou expostos a riscos do uso de álcool e outras drogas, atuando sempre no sentido da promoção, da prevenção e da reabilitação biopsicossocial, integrando suas ações às de outros profissionais membros da equipe Multidisciplinar de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas.

Os profissionais técnicos e ou auxiliares de enfermagem são escalados para a atividade de assistência de medicação, que consiste na solicitação das medicações na farmácia do CAPSad; administração de medicações seguindo prescrição médica; tal atividade deve ser realizada observando as medidas de segurança para si e para o paciente. São responsabilidades desses profissionais, dentre outras, levar em consideração a dose certa, paciente certo, observar o uso de equipamento de proteção individual quando necessário; registrar as medicações administradas em prescrição e em prontuário.

Outra atividade dos profissionais de enfermagem é a assistência de transporte. O profissional de enfermagem faz a busca dos pacientes para a Permanência Dia no CAPSad; também é sua responsabilidade retornar com estes pacientes às suas residências, utilizando transporte institucional. Para isso o profissional deve verificar a listagem dos pacientes que se deslocarão no transporte.

A atividade de Assistência de Cuidado é a verificação de sinais vitais e glicemia. É realizada rotineiramente na chegada dos pacientes ao CAPSad ou em casos em que se faz necessário ser feita com maior periodicidade.

Além dessas atividades, o profissional de nível médio de enfermagem deve participar da reunião de passagem de plantão, registrar em prontuário informações significativas sobre a assistência dos pacientes.

O profissional de enfermagem como membro da equipe multiprofissional deve também participar das atividades terapêuticas, culturais e educativas que devem ser desenvolvidas em um serviço como o CAPSad.

5. O PLANO DE AÇÃO:

Etapa 1: Apresentação da Proposta

A proposta inicial será solicitar um espaço na reunião de equipe, que acontece às sextas-feiras para apresentar o projeto de intervenção e garantir que os outros profissionais apoiem e colaborem com a proposta.

Como a proposta implica em uma educação em serviço, será necessário que os outros profissionais compreendam a demanda, uma vez que, no momento que a equipe de nível médio de enfermagem estiver no momento de estudo, será necessária a parceria com os outros profissionais do CAPSad, que precisarão estar atentos às necessidades dos usuários do serviço, já que o funcionamento do CAPSad é 24 horas

Etapa 2: Execução do Projeto de Intervenção

Nesta etapa apresento a implementação do processo de educação continuada no CAPSad Betim.

Primeiro encontro: Apresentação dos conceitos de Estigma e estereótipos.

Segundo Encontro: O que é Redução de Danos? Aplicação da política na prática do CAPSad.

Terceiro Encontro: O CAPSad dentro da Reforma Psiquiátrica.

Quarto Encontro: Protocolo de assistência do CAPSad Betim e as funções dos profissionais de enfermagem de nível médio deste serviço.

Quinto Encontro: Escolha de um caso clínico e discussão das dificuldades e principais questões a serem abordadas nos cuidados do paciente pela equipe de enfermagem.

Sexto Encontro: Apresentação do caso clínico escolhido e discussão do mesmo.

Etapa 3: Custos e implementação do projeto de intervenção

Levando em consideração a experiência no serviço, a partir das dezesseis horas é o momento com menor fluxo de circulação de pacientes, é por volta desse horário que o carro que faz o transporte dos usuários sai do local.

Portanto, a proposta será reunir a equipe de enfermagem, todas as quintas-feiras, às dezessete horas durante 40 minutos, através do modelo “roda de conversa”.

O modelo de roda de conversa possibilita a troca de experiências.

São três plantões diferentes, portanto durante três quintas-feiras seria abordada a mesma proposta.

Os encontros seriam realizados no próprio CAPSad, utilizando apenas a impressão de textos para todos os encontros.

Custos: Cópias impressas de textos para os profissionais participantes da ação:

Cada cópia R\$ 0,50, levando em consideração a necessidade de cópias, resulta num total de R\$ 30,00.

Etapa 4: Viabilização das ações

Nas quartas-feiras anteriores aos encontros, através de aplicativo de mensagem, o grupo de pessoas participantes do encontro serão notificadas a respeito do tema e local no CAPSad.

A proposta, ao final dos seis encontros, seria que a equipe continue discutindo casos e outros conceitos pertinentes à prática em serviço. Consolidar o espaço, não só como objeto de formação profissional, mas de valorização deste como parte fundamental da equipe multiprofissional.

Etapa 5: Avaliação

No primeiro encontro aplicar questionário, Avaliação/Entrevista (Anexo I) e no último outro questionário será aplicado (Anexo II).

A partir do questionário Anexo I, pretendo avaliar expectativas e dificuldades dos profissionais e que seja proposto um caso a ser estudado no fim dos encontros. Com o Anexo II, pretendo avaliar interesse dos profissionais na continuidade da ação.

Na reunião de equipe, junto a outros profissionais, avaliar a melhora da atenção prestada.

6. RESULTADOS ESPERADOS

A Reforma psiquiátrica trouxe uma mudança de um modelo hospitalocêntrico, com práticas extremamente desumanas para um modelo onde o “cuidar” deve valorizar a autonomia do sujeito e o respeito aos direitos dos usuários.

Com a efetivação da roda de conversa com os profissionais de nível médio, espera-se que sejam compartilhados conhecimentos entre os participantes. A partir daí, pretende-se que, conhecendo alguns conceitos pertinentes à assistência dos usuários de álcool e outras drogas, algumas dificuldades sejam sanadas, trabalhar protocolos e paradigmas.

Almeja-se favorecer o atendimento livre de juízo de valor e com respeito à política vigente. Promover a valorização do profissional de nível médio de enfermagem e uma mudança de seu modo de lidar com os problemas que surgem durante o cotidiano de cuidado dos pacientes do CAPSad de Betim.

A soma de conhecimentos e esforços é fundamental para enfrentar as dificuldades que o cuidado deste paciente nos coloca. Em equipe, várias opiniões influenciam nos tratamentos.

Promover a continuidade do projeto também é um resultado esperado, já que a cada dia vivenciamos cada vez mais desafios, como mudanças políticas e a valorização de outros tipos de assistência que remontam a lógica asilar e excludente. Por isso, manter as discussões multidisciplinares em serviço são essenciais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

ARBEX,D. **Holocausto Brasileiro – Genocídio: 60 mil mortos no maior Hospício do Brasil.** 20ª ed. SÃO PAULO,2018.

BORGES, A.V.C.L.; MOREIRA, M.S. **Redução de danos: uma proposta de intervenção para o portador de sofrimento mental em uso abusivo de drogas no Centro de Referência em Saúde Mental de Venda Nova.** In: MACHADO, A. R. et al (Orgs). Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG, 2018 p.315-331

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 336, BRASÍLIA,2002

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas. Série B. Textos Básicos de Saúde.** Brasília, 2003

CECCIM,R.B. **A Educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde** In: LOBOSQUE, A.M. et al (Orgs).Caderno Saúde Mental 3: Os Desafios da Formação. Belo Horizonte: ESP-MG,2018 p.67-90.

FERREIRA, A. L.; BARBOSA, J. D; FIGUEIREDO, G. S. **Diagnóstico Situacional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas–CAPS/AD.**

BETIM: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS/
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM/ MG, 2014.

GARCIA,J.E.,SANTOS,D.C. **Um olhar sobre o estigma: desconstruindo posturas estigmatizantes.** In: MACHADO,A. R. et al (Orgs). Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG,2018 p.71-89.

GIRADE, M. G., CRUZ. E.M.N.T., STEFANELLI, M.C **Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos.** In: Revista da Escola Enfermagem da USP, São Paulo, 2006; 40 (1): 105-110.

GOFFMAN,E. **Estigma-Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Digitalização: 2004 Publicação: 1891. p.13.

IBGE<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/betim/panorama>>acesso:20/04/2019

MACHADO, A. R. **Políticas públicas para o uso prejudicial de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos.** In: MACHADO,A. R. et al (Orgs). Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG,2018 p.35-41.

MACHADO, L. V., BOARINI, M.L. **Políticas Sobre Drogas no Brasil** In: Psicologia ; Ciência e Profissão,33(3) Maringá,2013 p. 580-595.

MASSAROLI, A. SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde.** 2008. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947098405educa%E7%E3o%20continuada%20e%20permanente.pdf>> acesso: 04/04/2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004

MEIRA, M. T. S.; DUTRA C. M.; SILVA, N.F. N. **Protocolo do Trabalho Específico da Enfermagem Junto à equipe do CAPS-AD Contagem.** CONTAGEM:

SECRETARIA MUNICIPAL DE CONTAGEM/ SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/ REFERÊNCIA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL/ DISTRITO SANITÁRIO DA REGIÃO SEDE/ CAPS-AD,2011

POLLO, M.A. , MOREIRA, F. G. **Aspectos históricos da Redução de Danos** In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. et al (Orgs). DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: uma cartilha para profissionais de saúde. SÃO PAULO: PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO A DEPENDENTES/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2008. p. 11-19.

RIBEIRO, M. M. R.R., SILVA, R. A. **Muros Invisíveis: Os efeitos de separação entre trabalhadores de saúde e pessoas que usam drogas, alicerçados em estereótipos, estigmas e preconceitos.** In: MACHADO, A. R. et al (Orgs). Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG, 2018 p.91-108.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenadoria de Saúde Mental. **Linha Guia: Atenção em Saúde Mental. 2ª ed.** Belo Horizonte, MG:2007

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BETIM. **Plano municipal de saúde 2014/2017.** Betim,2014

SILVA, E. R. **O GESTO PROFISSIONAL EM PSIQUIATRIA: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho.** Belo Horizonte, 2016: Universidade Federal de Minas Gerais- Programa de Pós-Graduação em Educação.

VILLELA,S.C.; SCATENA, M. C. M. **A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental,** In: Revista brasileira de enfermagem (nov/dez), Brasília, DF, 2004. P.738-741

YASUI,S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO INICIAL

- Quanto tempo você atua nesta área de tratamento de usuários de álcool e outras drogas?

- Quais ações desenvolvidas por você no serviço?

- Quais as dificuldades são vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado do paciente do CAPSad?

- Quais características comuns você pode citar sobre os usuários de crack atendidos no Serviço?

- Quais os principais obstáculos a serem ultrapassados pelos usuários de crack que estão em tratamento no Serviço?

- Como você avalia os resultados do tratamento, na qualidade de vida dos usuários de crack que estão em tratamento no serviço?

- Em nosso último encontro proponho uma discussão de um caso, sugira algum paciente...

- Diante das dificuldades que você apresentou no início do projeto, alguma foi sanada?

- Para o futuro, quais temas devem ser abordados em nossa roda de conversa?

- Algo mais que queira abordar?