

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS URUGUAIANA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO PROCESSO  
DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**ANELIZE CARNEIRO ARAÚJO**

**URUGUAIANA, 2016**



**ANELIZE CARNEIRO ARAÚJO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO PROCESSO  
DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho realizado no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa como requisito parcial para aprovação no semestre.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Ma. Débora Schlotefeldt Siniak.

**Uruguaiana, 2016**

**ANELIZE CARNEIRO ARAÚJO**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO PROCESSO  
DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL**

Trabalho realizado no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa como requisito parcial para aprovação no semestre.

Trabalho apresentado e aprovado em: 29/11/2016

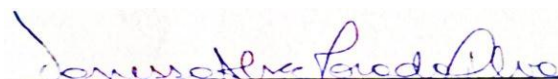
Banca examinadora:



Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Débora Schlotefeldt Siniak. Enfermagem – UNIPAMPA



Prof<sup>ª</sup>. Ma. Luana Ribeiro Borges. Enfermagem – UNIPAMPA



Prof<sup>ª</sup>. Ma. Vanessa Alvez Mora da Silva. Enfermagem – UNIPAMPA

## RESUMO

O cuidado em saúde mental tem passado por diversas transformações conceituais nos últimos anos, as mudanças de comportamento das pessoas diante das práticas na saúde mental é um processo complexo, onde envolvem várias mudanças comportamentais e culturais que conseqüentemente gera insegurança e resistência dos profissionais. A capacitação, o treinamento contínuo da equipe, visa mudança de atitude, valores, objetivos e habilidades que procura sobressair nos princípios e na reorientação das políticas de saúde mental.

O presente estudo tem como objetivo conhecer as percepções dos profissionais de um CAPS AD acerca do preparo para o cuidado a usuários de substâncias psicoativas, conhecer quais dispositivos e estratégias de cuidado são realizadas pelos profissionais no cotidiano do serviço, verificar se os profissionais do CAPS AD obtiveram alguma qualificação ou capacitação na área de atuação, conhecer quais as limitações e dificuldades enfrentadas pela equipe para a prestação do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas e investigar qual a concepção dos profissionais acerca do papel da educação permanente na *práxis* do cuidado.

Este é um estudo qualitativo, exploratório, que foi realizado em um CAPS AD de um município da fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul no mês de agosto de 2016. Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista não estruturada. Participaram do estudo dez trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Para a análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo. A partir dos dados coletados realizou-se a divisão em três categorias temáticas, sendo elas: conhecendo a equipe: formação em Saúde Mental e experiências pregressas dos profissionais, assistência prestada ao usuário do CAPS AD através das tecnologias leves e educação permanente como estratégia para qualificação do cuidado: desafios e potencialidades. Os profissionais do CAPS AD apresentam grande interesse em participar de processos de educação permanente, o interesse em qualificar-se possibilita a mudança das suas práticas, por outro lado, pode-se acreditar que a educação permanente desses trabalhadores exige mais que ações educativas, cursos preparatórios, é preciso ter apoio para a construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço, para que possam

auxiliá-los tanto no conhecimento quanto nas estratégias do cuidado, favorecendo a troca de experiência entre os serviços de saúde e a equipe.

Palavra-chave: Saúde mental. Educação permanente. Cuidado. Substâncias psicoativas.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

AD – Álcool e Drogas

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

GM – Gabinete do Ministro

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

EP – Educação Permanente

EC – Educação Continuada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNS – Conselho Nacional da Saúde

SIPPEE – Sistema Integrado de Projetos de Pesquisa e extensão

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

PLATBR – Plataforma Brasil

## Sumário

1. Introdução.....	7
2. Revisão de literatura.....	10
2.1. Saúde mental no Brasil e no mundo: um breve histórico .....	10
2.2. A reforma psiquiátrica e a criação dos serviços substitutivos.....	13
2.3. O cenário do uso de drogas no Brasil e no mundo .....	16
2.4. Educação permanente: paradigmas e conceitos .....	18
3. Justificativa .....	21
4. Objetivos.....	22
4.1. Objetivo geral .....	22
4.2. Objetivos específicos.....	22
5. Metodologia .....	23
5.1. Tipos de estudo .....	23
5.2. Local e período da pesquisa.....	23
5.3. Participantes da pesquisa.....	24
5.3.1. Critérios de Inclusão .....	24
5.3.2. Critérios de Exclusão.....	24
5.4. Abordagem dos participantes .....	24
5.5. Riscos e benefícios.....	24
5.5.1. Riscos.....	24
5.5.2. Benefícios.....	25
5.6. Método de coleta de dados.....	25
5.7. Método de análise de dados.....	25
5.8. Aspectos éticos .....	26
5.9. Retorno aos participantes .....	27
6. Resultados.....	28
6.1. Conhecendo a equipe: formação em Saúde Mental e experiências pregressas dos profissionais .....	28
6.2. Assistência prestada ao usuário do CAPS AD através das tecnologias leves.....	29
6.3. Educação Permanente como estratégia para qualificação do cuidado: desafios e potencialidades .....	30
7. Discussão .....	34
8. Considerações finais .....	39
REFERÊNCIAS .....	40



## 1. Introdução

O cuidado em saúde mental tem passado por diversas transformações conceituais, práticas e epistemológicas nos últimos anos. Este processo da reforma psiquiátrica brasileira é marcado pela longa história de lutas e reivindicações que resultaram na aprovação da Lei Nacional nº 10.216/01, a qual prevê os direitos à pessoa portadora de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência através da criação de serviços substitutivos de base territorial, alicerçados por premissas como o cuidado humanizado, o resgate da cidadania e a reinserção social dos indivíduos (BRASIL, 2001).

No Brasil, o novo modelo assistencial em saúde mental tornou-se realidade com uma significativa expansão das redes de serviços comunitários de saúde mental, onde as mesmas foram estruturadas em torno aos Centros de Atenção Psicossocial em conjunto com as ações básicas de saúde, possibilitando o acesso e o cuidado baseando-se no respeito aos direitos e no exercício da cidadania (BRASIL, 2007).

Classificado como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, o consumo prejudicial de substâncias psicoativas passou a ser alvo das mesmas intervenções que marcaram o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. O objetivo disso era atrelar as discussões em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e no protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços (MORAES, 2005).

O histórico do uso de substâncias psicoativas acompanha a sociedade há muitas décadas, sendo da natureza humana buscar estado de equilíbrio ou satisfação muitas vezes não alcançado na vida cotidiana. O consumo prejudicial dessas substâncias, devido sua magnitude, tornou-se um problema de saúde pública, sendo alvo de numerosos estudos em um âmbito mundial (BRASIL, 2001; BUCHER, 1992; ZAGO, 1999; PINTO, 2012).

Através do movimento dos trabalhadores de saúde mental, foi inaugurado em 1986 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil na cidade de São Paulo, a criação desse CAPS fez parte de um intenso movimento social, que buscava a melhoria da assistência no Brasil e denunciava a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda era o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2006).

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diferentes formações quanto ao grau de escolaridade como ensino superior e médio, integrando uma equipe multiprofissional que têm como finalidade normalizar e padronizar os procedimentos e condutas profissionais dentro do Centro de Atenção, formando um conjunto de ações que visa à substituição da lógica manicomial como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e cada CAPS tem a sua própria característica quanto à quantidade e aos tipos dos profissionais (BRASIL, 2006; OLIVEIRA, 2009).

Em diversas regiões do Brasil, pesquisas foram realizadas sobre o trabalho nos CAPS (NUNES *et al*, 2010; CAMPOS *et al*, 2008; KANTORSKI, 2007), onde demonstra que existe uma grande preocupação por parte das universidades com o trabalho desenvolvido nos mesmos. As mudanças de comportamento das pessoas diante das práticas na saúde mental é um processo complexo, comum no contexto da reforma psiquiátrica, onde envolvem várias mudanças comportamentais e culturais que conseqüentemente geram insegurança e resistência dos profissionais, fazendo com que exista um grande risco, perpetuando a institucionalização dos sujeitos, talvez o modelo ofereça mais segurança aos profissionais que apresentam dificuldades nas mudanças das práticas (MARTINHAGO, OLIVEIRA, 2012).

Para isso os processos de formação e educação permanente, planejados e desenvolvidos de forma estruturada e de acordo com os princípios da saúde mental e da educação interprofissional, são essenciais para qualificar os serviços, equipes e garantir o avanço do novo modelo (MANGIA, 2009).

A capacitação, treinamento contínuo da equipe que é responsável pelo cuidado das pessoas com transtornos mentais, visa uma mudança de atitude, valores, objetivos e habilidades que procura sobressair nos princípios e na reorientação das políticas de saúde mental e que supõe envolver os usuários na execução dessas políticas. Isso faz com que as políticas além de serem executadas por pessoas capacitadas, devem considerar o envolvimento do usuário, afinal de contas, são essas pessoas que irão viver e sentir as políticas que foram apresentadas (SETOYA, 2011).

Neste sentido, a educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica com o objetivo de contribuir para a transformação dos processos formativos, tanto das práticas pedagógicas e de saúde, quanto da organização dos serviços, empreendendo assim um trabalho articulado entre o sistema de saúde

juntamente com as instituições formadoras, propõe também a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre o serviço e a gestão setorial, e entre a atenção e o controle social que visa a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004).

Destaca-se que no decorrer das atividades práticas desenvolvidas no componente curricular de Saúde Mental II do curso de enfermagem, me foi oportunizada a inserção em um serviço de saúde mental destinado a usuários de substâncias psicoativas, sendo possível observar algumas dificuldades encontradas pelos profissionais no cotidiano de suas práticas junto aos usuários. Na ocasião, pude perceber que alguns trabalhadores pareciam inseguros diante das abordagens, o que por certo, poderia refletir na qualidade do cuidado prestado.

Desta forma, o presente estudo guia-se pela seguinte questão norteadora: qual a percepção dos profissionais acerca do preparo para o cuidado de substâncias psicoativas.

## **2. Revisão de literatura**

### **2.1. Saúde mental no Brasil e no mundo: um breve histórico**

Ao longo dos anos, o fenômeno da loucura tem sido compreendido de distintas formas em nossa sociedade. Logo, a maneira como o cuidado vem sendo realizado aos portadores de sofrimentos psíquicos e usuários de drogas também vem passando por transformações. Nesse sentido, almejando a compreensão do processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira, buscou-se abordar neste capítulo a trajetória do cuidado à loucura em diferentes épocas.

Historicamente, em torno de 600 a.C, os pacientes acometidos por doenças mentais passaram a ser avaliados através da visão organicista, onde a terapêutica usada era voltada para o apoio e para o conforto, não existindo terapêutica específica. (BRASIL, 2009; HOLMES, 2001).

Na antiguidade clássica, que chegou até a era cristã, a loucura era vista sob algumas perspectivas: a de Homero com um enfoque mitológico-religioso; a de Eurípedes que trazia a concepção passional ou psicológica e a de Hipócrates com o as disfunções somáticas (RAMMINGER, 2002).

Segundo Pessotti (1994), nos textos de Homero era retratado que na loucura não havia desastres, tudo era determinado por Zeus, que tudo o que acontecia na vida do homem era definido pela vontade dos deuses, como um de seus caprichos, sendo assim a loucura era vista como um recurso da divindade para que seus caprichos não fossem evidenciados pela vontade dos homens, e que cada descontrole mental era resultado de uma interferência sobrenatural.

Eurípedes retrata também a melancolia, mania, a paranoia, como também retrata como um perfeito surto psicótico e, principalmente Eurípedes relata que a loucura se analisa tanto na etiologia como nos quadros clínicos, na sintomatologia e nos efeitos sobre as emoções e a vida dos homens. No enfoque de Eurípedes que trouxe a concepção passional ou psicológica, tratada como um produto de conflitos internos, não acreditando que toda ou qualquer loucura fosse capricho dos deuses, mas sim, que a loucura estivesse relacionada com conflitos entre a paixão e normas sociais, a razão e o instinto, desejo e vergonha, amores conflitantes o ódio e os afetos (PESSOTTI, 1994).

Para Hipócrates a loucura era vista de forma orgânica, a loucura era derivada do desequilíbrio humoral, vinda do cérebro, que cada desarranjo humoral ou cada anomalia do encéfalo respondia por uma forma de loucura. (PESSOTTI, 1999).

Na idade média deu-se início da predominância da loucura como possessão demoníaca que era feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, a primeira do alojamento do demônio no corpo da pessoa, e a segunda com a obsessão, onde o demônio alterava as percepções e as emoções da pessoa (FIGUEIREDO, DELEVATI, TAVARES, 2014).

Os loucos eram confinados em grandes asilos e hospitais destinados a todo o tipo de doenças sendo elas mentais ou não, pois a loucura era entendida como experiência trágica, e a loucura recebia explicação mística (BRASIL, 2009). Segundo Foucault (2004), a loucura era o primeiro lugar na hierarquia do vício dos homens.

No século XVII, no marco da Idade Moderna, com a criação do hospital, iniciou-se o confinamento daqueles que divergiam das normas da sociedade (FREITAS, 2004), onde a institucionalização das pessoas doentes durante a transição para o capitalismo era uma medida de exclusão social, nos quais os loucos, marginais, ladrões e mendigos eram internados com vistas a sanar parte do problema de inflação populacional nas cidades e que eram considerados como alguém desprovido de razão, que era distante da verdade (FOUCAULT, 2006).

As práticas de internação se deram na Europa, com surgimento na França em 1656, e vários outros países começaram a criar suas casas de internação (AMARANTE, 2003).

Dando seguimento a partir do século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, tornando o hospital em uma instituição médica voltada em práticas terapêuticas para o melhor tratamento, os quais eram destinados somente aos doentes mentais, onde várias experiências e tratamentos foram desenvolvidos e difundidos pela Europa. O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseou-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. (BRASIL, 2010).

William Tuke fundou em 1792 um hospício na Inglaterra para dar tratamento humanitário aos doentes mentais, focando nas relações entre as pessoas, em oposição às intervenções medicamentosas. Tuke se posicionou contra o uso de medidas de contenção, e o seu trabalho, retomado por Pinel e outros, acabou

levando à extinção das técnicas mais cruéis da psiquiatria em muitos países (MARCANTONIO, 2010).

Corroborando, Vincenzo Chiarugi, afirmou que a enfermidade mental está associada ao complexo unitário que relacionava corpo e a alma. Combateu métodos que se baseavam na custódia, nos fármacos e na sujeição física promovendo terapias que tratavam os loucos como seres humanos, buscando eficiências nas terapias aplicadas aos tratamentos (POTER, 2003).

A partir do movimento dos alienistas, com Pinel (França), Chiarruggi (Itália), Tuke (Inglaterra), nasce o hospício como instância oficial da institucionalização da loucura e de uma nova relação social de tutela. Com a nomeação de Philippe Pinel, em 1793, para Bicêtre, difunde-se essa nova concepção da loucura. Ela recebe o nome de doença mental, configurando-se assim uma reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa, e que está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas (CASTEL, 1978).

No Brasil, em 1830 ainda não havia tratamento para doentes mentais, as pessoas da alta classe social mantinham-se trancadas em suas residências, enquanto os pobres perambulavam pelas ruas ou viviam trancados nos porões das Santas Casas (BRASIL, 2008).

Sendo assim, Dom Pedro II, através de denúncias, e presenciando a situação que se encontrava a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assinou em 1841 o decreto de criação do primeiro hospício do Brasil, em 1852 foi fundado o Hospício Dom Pedro II (REY, 2012).

Nas décadas de 70 e 80, o movimento antipsiquiátrico desencadeou-se em torno a uma contundente crítica à psiquiatria institucional que questionava seus próprios métodos e reivindica para a loucura um novo status existencial, nascendo a partir daí um desejo de reforma no modo de pensar/cuidar da loucura (AMARANTE, 1996).

## **2.2. A reforma psiquiátrica e a criação dos serviços substitutivos**

As mudanças que viriam a desencadear na psiquiátrica brasileira tiveram seu início no fim da década de 70, com um movimento social que foi formado por trabalhadores em saúde mental (MTSM) e contava também com o apoio dos trabalhadores integrantes do movimento da reforma psiquiátrica, sindicalistas, associações de familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, este movimento denunciava a violência nos manicômios, objetivando a mudança de uma mudança de realidade dos manicômios (BRASIL, 2005).

O movimento da reforma psiquiátrica foi ocasionado pela importância que os direitos humanos obtiveram no combate a ditadura militar e alimentou-se das experiências dos países europeus, que obtiveram êxito na substituição de um modelo de saúde mental que se baseava em hospital psiquiátrico por um modelo de serviço comunitário com forte inserção territorial. Na mesma década, as experiências municipais iniciaram o fim da institucionalização de moradores de manicômios, sendo criados serviços de atenção psicossocial para que fosse realizada a reinserção de usuários em seus territórios existenciais com o objetivo do exercício da sua cidadania, não apenas sobre o comando de sua sintomatologia (AROUCA, 1988; AMARANTE, 2003; COSTA ROSA, LUZIO, YASUI, 2002).

Em 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216, a qual garante os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental tornando os princípios do movimento iniciado na década de 80 em política de Estado (BRASIL, 2013).

Com a desinstitucionalização adotada oficialmente no Brasil como Política Pública de Saúde Mental no final dos anos 80, esta inserida contextual e politicamente no processo da transição democrática, e a mudança foi marcada pela realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, uma em 1987 e a outra em 1992, juntamente com a consolidação da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (BRASIL, 2004).

Em consonância com esses movimentos, os profissionais da saúde mental discutiram e produziram novas experiências nesse campo, em torno do lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, o qual foi adotado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que aconteceu em Bauru, no ano de 1987. A partir desse contexto, foram criados novos serviços substitutivos de saúde mental que se

efetivaram pelo surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços que têm surgido no país (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e definiram-se como unidades de saúde locais/regionalizadas, onde conta com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre a internação hospitalar e regime ambulatorial (BRASIL, 2006).

Atualmente esses serviços são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD (BRASIL, 2004).

Sabe-se que nem um CAPS é igual ao outro, se diferem tanto pelo tamanho da equipe, da estrutura física e a diversidade nas atividades terapêuticas. É visto também quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psíquicos (BRASIL, 2006).

O CAPS I: Oferece atendimento para municípios que tenha população entre 20 mil e 50 mil habitantes, com uma equipe mínima de nove profissionais de nível médio e superior, e o foco são usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes e com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pode acompanhar por volta de 240 pessoas por mês, de segunda a sexta-feira, tendo funcionamento das 8 às 18 horas. CAPS II: Oferece um atendimento a municípios que possuam mais de 50.000 habitantes, o público alvo são adultos com transtornos mentais persistentes, e conta com uma equipe de no mínimo doze profissionais, com nível médio e superior, suportando um atendimento de 360 pessoas por mês, funcionando de segunda a sexta-feira, com o horário das 8 as 18horas, podendo oferecer aos usuários um terceiro período chegando a funcionar até as 21 horas (BRASIL, 2006).

O CAPS III: Caracterizado por ser o serviço de maior porte da rede, oferece serviço para municípios com mais de 200.000 habitantes, podendo funcionar por 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, trabalhando uma equipe de no mínimo 16 profissionais de nível médio e superior, equipe noturna e de final de semana. CAPSi: Direcionado para o atendimento a infância e adolescência com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de álcool e outras drogas. O



serviço é indicado a municípios com população acima de 150.000 habitantes, com uma equipe composta pelo mínimo de 6 profissionais de nível superior e 5 profissionais de nível médio, e ocorre o atendimento de quinze crianças pacientes por turno, tendo como limite máximo vinte e cinco pacientes por dia (BRASIL, 2006). O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada para as pessoas usuárias de álcool, crack e outras drogas. O seu público é adultos, mas pode também atender crianças e adolescentes, desde que sejam supervisionadas as orientações do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) (BRASIL, 2012).

As equipes de CAPS tem como objetivo realizar o acolhimento os usuários, desenvolvendo projetos terapêuticos, trabalhando nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhado o espaço de convivência do serviço e devem equacionar os problemas que na maioria das vezes são inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, sendo assim o papel da equipe é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, dentro deste contexto a equipe também é responsável por auxiliar no processo de reconstrução de laços (BRASIL, 2004).

O processo de reconstrução dos laços sociais com os familiares e a comunidade, que visam possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa, desta forma é importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais do serviço durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos com um esquema flexível, o que pode facilitar na trajetória com mais segurança em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

A Política Nacional voltada aos usuários de álcool e outras drogas preconiza que a assistência deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, oferecendo cuidados extra-hospitalares, como o CAPS AD. Um dos seus objetivos é estimular o fortalecimento e a estruturação das redes de atenção e assistência psicossocial centrada na atenção comunitária, essa mesma deve ser associada à rede de serviços de saúde e sociais, que priorize a reabilitação e também a reinserção social dos usuários, sendo amparadas em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

No CAPS AD existem duas modalidades. O CAPS AD III onde é oferecido um atendimento de 24h, e o CAPS AD que o atendimento é realizado durante 10h/dia para a população, onde é realizado o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, seja ela pelo trabalho, o lazer, o exercícios dos direitos civis e com o fortalecimento da relação com os familiares e a comunidade. Apoia o usuário e a família na responsabilidade do seu tratamento, e também atendem os usuários em seus momentos de crise, se são acompanhados por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012).

Os CAPS AD utilizam estratégias de redução de danos, que são ações que tem como objetivo principal reduzir, tanto para os usuários de álcool e drogas, quanto suas famílias e comunidade, consequências negativas correlacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes do uso de substâncias que alteram o temperamento (BRASIL, 2006), a redução de danos utiliza ferramentas que auxiliam nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2007).

### **2.3. O cenário do uso de drogas no Brasil e no mundo**

Sabe-se que uso das substâncias psicoativas acompanha a humanidade por vários períodos da história, variando a cada cultura e a cada época. Ao longo dos anos, os homens utilizavam produtos naturais para que pudessem obter um estado alterado de consciência, em vários contextos como o religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, militar e, principalmente, em busca do prazer. A alteração desse estado de consciência tinha por objetivo proporcionar melhor ligação com o sobrenatural/divino, como no caso do álcool, que era usado a fim de favorecer o contato com os deuses (CARVALHO NETO, *et al.* 2011).

Na cultura grega e romana o uso de bebidas alcoólicas, fazia parte da cultura dos povos, e não se apresentava somente em rituais religiosos, permitia estado alterado de consciência, mas relacionava-se com várias outras práticas sociais como festas, bodas, triunfos, vitórias, datas expressivas, jogos e todo tipo de manifestação de confraternização (CARVALHO NETO, *et al.* 2011).

No período medieval, durante o poder da Igreja, muitas pessoas por conhecerem os efeitos psicoativos de plantas, foram mortas pela inquisição para não colocar em risco o poder dominante da época. O uso de substâncias psicoativas, com exceção do álcool, era restrito na sociedade, o qual era usado somente na

forma destilada, propiciou sua disseminação provocando o grande consumo (CARVALHO NETO, *et al.* 2011).

Na Idade Moderna, os fatores como as grandes navegações e a Revolução Industrial, fizeram com que a produção das bebidas passassem a ser industrializadas, o que fez que aumentasse o consumo de álcool. O aumento do contato dos continentes e países facilitou com que houvesse o intercâmbio de outras drogas. Portanto, esse foi o período onde o consumo de substâncias psicoativas tomou proporções preocupantes, pois no início deste período, muitos retornaram de colônias localizadas na Ásia, na Índia, na África e no continente americano para os seus países de origem, e levaram costumes de utilizar substâncias psicoativas para fins terapêuticos para gerar prazer (CARVALHO NETO, *et al.* 2011).

Para a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas debate acerca do tema da drogadição, é de total relevância, atualmente visto que há um aumento gradativo do uso das substâncias psicoativas em qualquer faixa etária e é evidenciado que o consumo tem iniciado cada vez mais cedo, como comprova um estudo feito pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (SENAD, 2004).

O Brasil não possui dados atuais sobre o uso de drogas, segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas do ano de 2009, 2001 a 2005, houve um aumento nas estimativas de uso de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e crack e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos, um dos aspectos dessa última informação é que ela se refere a medicamentos para emagrecer que está sendo consumo indevidamente, mais frequente entre as mulheres (BRASIL, 2009).

Entre os anos de 2001 a 2005 a estimativa de dependentes de álcool é de 11,2% e 12,3%; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior dependência são: maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%). O gênero que apresenta maior uso e maior dependência de álcool é o masculino, em todas as faixas etárias, e a faixa etária que apresentou a maior dependência foi de 18 a 24 anos, seguida pela faixa etária de 25 a 34 anos, essas observações valem para os dois anos (BRASIL, 2009).

Através de dados do I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil em 2001, estima-se que 60% das mulheres brasileiras, com idade entre 12 e 65 anos, já usaram álcool pelo menos uma vez na vida. A prevalência de mulheres

que fazem o uso de bebidas regularmente foi de 1,7%, e a de mulheres dependentes do álcool 5,7%. O uso de substâncias só foi maior entre as mulheres em comparação aos homens quando considerado quanto o consumo de medicamentos como os antidepressivos, estimulantes, remédios moderadores do apetite, xaropes, analgésicos e barbitúricos (CARLINI *et al*, 2001).

Em 2012, no Brasil, um estudo revelou que a prevalência de uso de crack pela população adulta era de 7%, o que equivalia a 800 mil brasileiros, destacando que a população da amostra moradora de rua não está inclusa nesse percentual (INPAD, 2012).

O mesmo estudo mostra que a prevalência do uso de crack alguma vez na vida foi de 1,3%, que foi representado por mais de 1,7 milhões de brasileiros. Em relação aos adolescentes com idades de 14 a 17 anos, o uso de crack foi respectivamente de 0,8% e 0,1% (INPAD, 2012).

Considerando estes dados, pode-se observar que o uso de substâncias psicoativas constitui-se em um importante problema de saúde pública, em âmbito brasileiro e também a nível mundial, além disso, as consequências do consumo abusivo de drogas vem acarretando diversos impactos negativos nas esferas da saúde, social, econômica e judiciária.

#### **2.4. Educação permanente: paradigmas e conceitos**

A educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica para a equipe de saúde com o objetivo de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde juntamente com as instituições formadoras e propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre o serviço e a gestão setorial, e entre a atenção e o controle social visando a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004).

O conceito de educação permanente surgiu na década de 80, quando foi assumida como uma prioridade junto à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (FERRAZ *et al*, 2012).

O contexto histórico brasileiro durante a década de 80 revelou uma mobilização em torno da temática de educação permanente, pois o país estava

presenciando o Movimento da Reforma Sanitária o que culminou um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi a partir desse ponto histórico da educação permanente evidenciou-se em conformidade com a Constituição Federal, quando foi criada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) no ano de 1998 e reeditada no ano de 2000, que teve como objetivo de subsidiar a gestão do Trabalho e a Política de Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, no intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o artigo 200 da Constituição Federal, cria-se então a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2006).

A educação permanente (EP) ainda vem sendo confundida com o conceito de educação continuada (EC). A diferença entre a educação continuada e a educação permanente é que a educação continuada engloba as atividades de ensino após o curso de graduação, e tem finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e atividades, de duração definida e através de metodologias tradicionais (RICAS, 1994), e a educação permanente tem como objetivo a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Refletindo sobre o que está acontecendo nos serviços e o que precisa ser transformado (ROVERE, 1994).

Nesta mesma perspectiva, a educação permanente apresenta-se em um cenário que envolve a metodologia da problematização e uma equipe com profissionais de diversas áreas de atuação, com ênfase nas situações-problema das práticas cotidianas, que possibilita reflexões críticas e articula soluções estratégicas em coletivo, e está inserida no desenvolvimento e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

A educação permanente em Saúde configura-se como um ato político, com o objetivo da defesa do trabalho no SUS, e não se trata apenas da proposta do Ministério da Saúde, mas sim de uma política que tem a formação e desenvolvimento para a saúde (BRASIL, 2013).

No tocante às práticas, percebe-se que a educação permanente é importante para o cuidado, pois esta se transforma em um instrumento dinamizador de mudanças institucional no âmbito do trabalho, o que facilita o entendimento, a apreciação e a aceitação do modelo de atenção indicado pelos novos programas, que prioriza a busca de ações contextualizadas e a integração para o cuidado da

população assistida (DAVINI, 2009). Dessa forma, os valores e saberes deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que se possa desempenhar as atividades de uma forma satisfatória para todos os profissionais e a comunidade (BRASIL, 2000)

Além de serem avaliadas as necessidades ligadas à ampliação da cobertura assistencial das redes de serviços, é fundamental que haja uma reflexão sobre as necessidades de consolidação do modelo de sua continuidade e sustentabilidade política, cultural e técnica (MANGIA, 2009).

É importante destacar que muitos dos princípios e práticas hoje adotados mais amplamente na saúde, tais como humanização, o vínculo, o acolhimento, a difusão das práticas grupais e a horizontalização das relações entre usuários e profissionais, são originários dos processos de reformas psiquiátricas. Essas contribuições mostram o papel diferenciado que a saúde mental desempenha no conjunto de processos de formação e a organização do trabalho em saúde que validam a importância da participação da saúde mental nos diversos projetos de formação em saúde (OMS/OPAS, 2001).

O novo modelo de cuidado em saúde mental requer muito investimento na formulação e no desenvolvimento do trabalho em equipe, o qual é capaz de conhecer e responder às necessidades sociais e do cuidado em saúde do conjunto da população sob a sua responsabilidade, mas especificamente a partir da definição de prioridades, onde a equipe deve produzir e acompanhar projetos terapêuticos participativos e orientados pelas necessidades de cada usuários, de acordo com seus contextos de vida (WHO, 2005).

Projetos terapêuticos que respondam adequadamente as demandas de assistências e que atuem como fatores de proteção, fazendo com que reduza a vulnerabilidade pessoal e social das pessoas com transtornos mentais e buscando estimular a participação social e a garantir o exercício dos direitos de cidadania dessa população (WHO, 2005).

### **3. Justificativa**

Diante do exposto, justifica-se a relevância deste estudo, uma vez que, tanto a literatura científica, quanto o cenário prático vem apontando para a necessidade de instrumentalizar os profissionais que atuam no campo da dependência química. Desta forma, consideram-se importantes movimentos que promovam e visem à capacitação destes trabalhadores, a fim de propiciar um cuidado mais qualificado aos usuários dos serviços.

Além disso, aprofundar o conhecimento acerca dos processos educativos contínuos dos profissionais no contexto dos serviços substitutivos implica em uma possibilidade de produção de reflexões e mudanças que viabilizem o avanço da assistência em saúde mental. Nesse sentido, compreende-se que a dinâmica do trabalho junto aos usuários de substâncias psicoativas requer uma busca constante pela ampliação dos conhecimentos e (re) invenção das práticas de cuidado.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo geral**

Conhecer as percepções dos profissionais de um CAPS AD acerca do preparo para o cuidado à usuários de substâncias psicoativas.

### **4.2. Objetivos específicos**

Conhecer quais estratégias de cuidado são realizadas pelos profissionais no cotidiano do serviço;

Verificar se os profissionais do CAPS AD obtiveram alguma qualificação ou capacitação na área de atuação;

Conhecer quais as limitações e dificuldades enfrentadas pela equipe para a prestação do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas;

Investigar qual a concepção dos profissionais acerca do papel da educação permanente na *práxis* do cuidado;

Conhecer os desafios e potencialidades da educação permanente no CAPS AD.



## **5. Metodologia**

### **5.1. Tipos de estudo**

Este é um estudo de natureza qualitativa, que segundo Marconi e Lakatos, a pesquisa qualitativa é uma pesquisa que tem como premissa analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento e ainda fornece análises mais detalhadas sobre a investigação, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI E LAKATOS, 1996). Esta pesquisa possui caráter exploratório, que tem a finalidade de proporcionar uma maior familiaridade com o problema, e pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas envolvidas no problema pesquisado (GIL, 2008).

### **5.2. Local e período da pesquisa**

O estudo foi realizado em um CAPS AD de um município da fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul no mês de agosto de 2016.

O referido CAPS AD classifica-se na modalidade III, contudo, ainda não conta com funcionamento 24 horas. Foi inaugurado no dia 6 de julho do ano de 2012.

Estima-se que atualmente atende 672 pacientes, dentre estes, em média 30 estão em tratamento intensivo, esse tipo de tratamento trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua (BRASIL, 2004), atendendo em média diariamente 45 a 60 pacientes. Oferece serviço de profissionais cadastrados como nutricionista, enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, terapeuta ocupacional, residentes em Saúde Mental e também oferece atividades como oficinas de artesanato, atividades físicas, passeios com o objetivo da reinserção social de indivíduos, horta terapêutica.

### **5.3. Participantes da pesquisa**

Participaram desse estudo dez trabalhadores: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um educador físico, um higienista, um farmacêutico, um pedagogo, um psicólogo e dois agentes sociais.

#### **5.3.1. Critérios de Inclusão**

Profissionais que trabalham no CAPS AD há pelo menos seis meses, justificando-se este período mínimo pela necessidade dos profissionais estarem adaptados à rotina do serviço.

#### **5.3.2. Critérios de Exclusão**

Profissionais que se afastarem do serviço por qualquer motivo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **5.4. Abordagem dos participantes**

Os participantes da pesquisa foram abordados em seu local de trabalho, onde foi solicitado um ambiente reservado para a apresentação da pesquisa, neste momento, os profissionais foram convidados a participar do estudo.

Para os que aceitaram participar do estudo foi ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após cumprida essa etapa, foi agendado a data e horário, conforme disponibilidade dos participantes, para realização das entrevistas.

### **5.5. Riscos e benefícios**

#### **5.5.1. Riscos**

Os riscos da pesquisa estavam relacionados aos participantes sentirem-se constrangidos ou receosos para responderem algum questionamento, visando

minimizar esses constrangimentos, todos os participantes do estudo foram informados que poderiam abster-se de responder qualquer uma das questões, interromper ou desistir da pesquisa no momento em que desejar.

### **5.5.2. Benefícios**

Os benefícios estão relacionados à possibilidade de contribuir para melhoria do desempenho nas práticas através da compreensão das potencialidades e desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano do trabalho.

## **5.6. Método de coleta de dados**

O método utilizado para a coleta dos dados foi uma entrevista não estruturada. Segundo Minayo, a entrevista é uma conversa a dois, realizada pelo entrevistador, o qual se destina a fornecer informações importantes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO, 2010). Ele teve um roteiro de perguntas abertas, que segundo Mattar, a entrevista com questões abertas se coleta uma quantidade maior de dados, não são influenciadas por respostas predeterminadas e são de fácil elaboração, as pessoas respondem as questões com suas próprias palavras (MATTAR, 1996). As entrevistas foram gravadas através de um gravador e tiveram a duração de aproximadamente 25 minutos.

## **5.7. Método de análise de dados**

Foi utilizada Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2006) configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, possibilitando e facilitando as interpretações e as inferências, e as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2006).

A primeira fase chamada de pré-análise define-se como a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional,

sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, onde se estabelece o contato com os documentos da coleta de dados, conhecimento da matéria; (b) escolha dos documentos, que consiste na escolha do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A segunda fase que é denominada como exploração do material, consiste numa etapa importante, que possibilita ou não a riqueza e a importância das interpretações e interferências. É a fase da descrição analítica que diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2006).

A terceira fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, onde ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

Ressalta-se que as entrevistas foram transcritas na íntegra, para que pudessem após isso serem analisadas.

## **5.8. Aspectos éticos**

Para realização deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos e legais pautados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) o qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi encaminhado para registro no Sistema Integrado de Projetos de Pesquisa e Extensão (SIPPEE) da Universidade Federal do Pampa – Unipampa. Após registrado e atendendo aos aspectos necessários foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade por meio da Plataforma Brasil – PLATBR.

Foi solicitado ao responsável pela instituição coparticipante a assinatura de um Termo de Autorização Condicionada que visa garantir o consentimento para realização da pesquisa.

O Termo de Confidencialidade foi assinado pelos autores da pesquisa, onde os mesmos se comprometeram a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos, a identidade dos participantes foi mantida em sigilo, sendo assim os mesmos foram identificados por meio de pseudônimos, exemplo: Prof 1.

Além disso, foi fornecido a todos os participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informando sobre a participação voluntária na pesquisa, garantindo anonimato e as devidas restrições para divulgação das informações coletadas. O documento foi apresentado em duas vias originais e de igual teor sendo que uma das vias ficou com o participante e outra com o pesquisador. Neste termo foram apresentados objetivos, metodologia, benefícios e riscos previstos, assim como, a forma de encaminhamento dos mesmos no caso de sua ocorrência. Também foi orientado sobre a liberdade de desistência da participação no estudo a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

### **5.9. Retorno aos participantes**

Pretende-se compartilhar os resultados desta pesquisa junto aos profissionais entrevistados através de um resumo contendo os resultados desta pesquisa. Pensa-se que este retorno aos sujeitos promoverá o conhecimento e a (re) avaliação das práticas realizadas no cotidiano de trabalho, contribuindo para a qualificação do cuidado no campo da saúde mental.

## 6. Resultados

Para organização dos resultados optou-se por agrupá-los em três categorias distintas, sendo elas:

- Conhecendo a equipe: formação em saúde mental e experiências pregressas dos profissionais;
- Assistência prestada ao usuário do CAPS AD através das tecnologias leves;
- Educação permanente como estratégia para qualificação do cuidado: desafios e potencialidades.

### 6.1. Conhecendo a equipe: formação em saúde mental e experiências pregressas dos profissionais

Os sujeitos do estudo, os quais foram dez, dentre eles sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo dividido nas seguintes categorias profissionais: um psicólogo, um enfermeiro, dois agentes sociais, um médico, um pedagogo, um higienista, um técnico de enfermagem, um educador físico e um farmacêutico.

Com relação a formação dos profissionais na área da saúde mental pode-se perceber que a maior parte dos entrevistados não possuíam experiência e nem formação específica para atuar em um CAPS AD. Apesar da falta de formação na área de álcool e outras drogas, pode-se observar que alguns profissionais possuem cursos de pós-graduação no campo da saúde mental. Estas informações em relação a formação com ênfase em saúde mental e dependência química podem ser observadas nas seguintes falas:

*“Fiz uma pós-graduação em psicologia hospitalar” (PROF 1).*

*“Tenho especialidade em educação inclusiva com ênfase em deficiência mental” (PROF 3).*

*“[...] Após entrar no serviço retornei a pós-graduação em saúde mental com ênfase em dependência química” (PROF 4).*

Quanto às experiências pregressas em saúde mental apenas três profissionais relataram algum contato prévio na área de atuação:

*"[...] obtive através de uma experiência de um trabalho voluntário que eu fiz aqui mesmo" (PROF1).*

*"[...] Apenas cursos de aprimoramento, por exemplo, em eventos" (PROF 4).*

*"Fazia um estágio remunerado" (PROF 8).*

No tocante à preparação para atuação no serviço observou-se que poucos profissionais tiveram algum tipo de treinamento ou curso introdutório para atuar no campo, contudo, consideram a necessidade da criação de um momento de orientação anterior à inserção no serviço:

*"Eu participei de seminários sobre álcool e drogas, tive orientação de quem trabalhava aqui" (PROF 6).*

## **6.2. Assistência prestada ao usuário do CAPS AD através das tecnologias leves**

Quando perguntados sobre quais as ações de cuidado eram realizadas no cotidiano do trabalho junto aos usuários, os profissionais citaram o uso das tecnologias leves como: acolhimento, escuta, higienização dos usuários e orientações que remetem a corresponsabilidade profissional/usuário, como se pode constatar a partir dos relatos abaixo:

*"[...] Acompanhar esse paciente que primeiramente ele é acolhido" (PROF 1).*

*"[...] O cuidado que eu tenho é atenção, a conversa" (PROF 2).*

*"[...] Ação psicológica, física e moral através do cuidado, a higiene, a conversa durante o acolhimento de cada paciente" (PROF 3).*

*“[...] A gente faz a escuta, faz o encaminhamento dos pacientes também, a realização dos banhos. [...] mas eu acho que a mais importante é parte da escuta no acolhimento” (PROF 4).*

*“Encaminho para o banho, sirvo o almoço, eu acompanho nas atividades, acompanho nas oficinas” (PROF 8).*

*“Separar a medicação correta para cada paciente para não correr o risco dele usar o medicamento errado, orientação farmacêutica para orientar o paciente a sabe usar a medicação, qual a medicação ele esta levando e para que serve a medicação” (PROF 9).*

### **6.3. Educação permanente como estratégia para qualificação do cuidado: desafios e potencialidades**

Com relação ao desejo e interesse para a qualificação das práticas referente ao CAPS AD, foi indagado aos profissionais se procuravam buscar informação sobre seu campo de prática (artigos, livros, congressos, sites científicos, etc...) a fim de qualificar sua atuação profissional, como isto contribuía para sua prática junto aos usuários do serviço e se sentiam motivados e/ou tinham desejo de realizar novos cursos para qualificar o desempenho de suas práticas com os usuários.

Grande parte dos entrevistados acredita que a construção de conhecimento através da realização de cursos, leituras e congressos é de grande valia e favorecem o desenvolvimento das práticas com maior segurança e qualidade: desta forma acredita-se que tais estratégias constituem-se como potencialidades na educação permanente.

*“[...] quando está dando alguma noticia até na televisão eu paro e olho, até porque eu tenho um filho usuário de drogas, tudo eu observo” (PROF 2).*

*“[...] sempre que aparece um curso, alguma coisa nova eu vou ver se eu me interesse. [...] eu fui fazer porque eu não sabia oque era redução de danos e aos poucos eu fui entendendo. [...] Isso me ajudou a entender eles um pouquinho mais, poder conversar, eles precisam de alguém que entendam eles” (PROF 8).*



*“[...] seguidamente a gente participa de congressos e cursos, a gente participa para estar se qualificando. [...] eu fiz porque quando comecei a trabalhar aqui não tinha nenhum conhecimento da área da saúde mental, e é importante porque a gente tem conhecimento da situação que o paciente passa” (PROF 9).*

*“ [...] sempre estou buscando através da leitura, para ir se atualizando” (PROF 10).*

*“ [...] realizei essas atividades porque eu vejo como uma soma para o conhecimento sempre é bem vindo, para estar mais seguro, atuar com mais segurança” (PROF 1).*

*“[...] quando acontece à distância, em outras cidades, em outros estados, eu faço duas vezes ao ano. [...] Fiz pela necessidade de aprender, a gente esta sempre necessitando, e contribuiu na forma de acolher, no manejo, de como vai abordar, de como vai conhecer cada um” (PROF 3).*

*“[...] fiz a capacitação, pois é bom ter conhecimento, nunca é demais. (PROF 5).*

*“[...] isso contribuiu, pois isso é bom, e cada vez e um assunto novo e é gratuito. (PROF 10)*

*“[...] a gente tem que se qualificar, eu estou começando uma pós-graduação, que é na área de dependência química, pois achei interessante” (PROF 10).*

*“Eu não me sinto nenhum pouco motivada, porém desejo realizar novos cursos, porque, pois é preciso se manter qualificada para prestar um bom trabalho” (PROF 1).*

*“[...] eu acho que diferente de temas, em qual serviço tu está, a área específica tu tem que estar sempre aprendendo sobre isso” (PROF 3).*

*“[...] meu sonho é fazer mestrado e doutorado nessa área, [...] porque eu gosto, é uma área que me motiva, [...] porque eu noto assim, por mais que tenha recaída, que eu tenha frustrações, mas o bem que ele esta ali, que ele esta tomando a medicação” (PROF 4, PROF 8).*

*“Não me sinto motivado pela atual situação política e socioeconômica do município” (PROF 5).*

*“Eu tenho vontade de terminar pedagogia e fazer enfermagem. [...] Eu acho que como enfermeira eu trabalharia melhor com os usuários” (PROF 6).*

*“[...] porque é importante a gente sempre estar buscando conhecimento para saber como manejar esses pacientes” (PROF 9).*

Quando perguntados se já haviam realizado alguma atividade educativa (curso/capacitação/educação permanente) na área de álcool e drogas após inserção no CAPS AD, alguns trabalhadores relataram terem realizado aperfeiçoamento através de cursos à distância via internet e também, através da Escola de Redutores de Danos, existente no município:

*“[...] fiz alguns cursos que a rede oferece o SUS, via internet, foi abordado o aprimoramento, pois há várias drogas novas surgindo. (PROF 1)*

*“Sim, escola de redução de danos. [...] foi abordado cuidado, acolhimento, humanização, tipos de drogas” (PROF 3).*

*“[...] eu fiz depois que eu entrei aqui atividades educativas à distância, cursinhos online” (PROF 4).*

*“Sim, curso na escola de redução de danos” (PROF 5, PROF 8).*

*“Sim, comecei uma capacitação de redução de danos, na escola de redução de danos” (PROF 6).*

*“[...] cursos à distância com relação a álcool e outras drogas” (PROF 9).*

Ao serem questionados com relação à existência de espaços de formação/discussão teórica para a melhoria das práticas, os profissionais apontaram as reuniões de equipe como um momento para trocas e aprendizado. Contudo, enfatizaram a importância de outros encontros que abranjam conhecimentos mais específicos na área:

*“Existe a reunião semanal de quarta-feira, se discute sobre cada paciente com a equipe o melhor tratamento para ele” (PROF 1).*

*“Para nós não existe, e se esta acontecendo coisa errada, precisa levar ate o coordenador, a firma contratante orienta a que não fale, para garantir o trabalho” (PROF 2).*

*“[...] reunião de quarta-feira, e raramente temos outro momento para discutir algum assunto importante, pois não é todo mundo que esta a fim de ter esse outro momento” (PROF 3).*

*“A única coisa que a gente tem assim é a reunião de quarta-feira” (PROF 4, PROF 5).*

*“Nas quartas-feiras, existe espaço para debate” (PROF 6).*

*“[...] reunião de equipe nas quartas-feiras ou quando necessário discutir o caso de um paciente que demanda cuidado mais elaborado” (PROF 7).*

*“[...] reuniões de quarta-feira, mas se aparece algum caso novo ou algo assim tem como levar até à coordenadora” (PROF 8).*

*“ [...] reunião de equipe na quarta-feira, lá a gente discute o que está acontecendo com os pacientes e é onde também são apresentados os convites para nossa qualificação” (PROF 9).*

*“Reunião de equipe na quarta-feira, onde os profissionais se reúnem esse dia para discutir sobre os assuntos que acumularam durante toda a semana” (PROF 10).*

## 7. Discussão

A seguir serão realizadas as discussões dos resultados obtidos durante a pesquisa:

No que se refere às experiências pregressas, neste contexto, a lacuna de vivências na área da saúde mental contribui com a falta de conhecimento dos serviços e dos programas que existem, pois a construção das práticas na assistência em saúde mental está ligada às experiências dos profissionais (Ronchi, Avellar, 2010).

Ademais, para a qualificação das práticas de cuidado nos CAPS necessita-se que haja uma preparação adequada dos profissionais, não apenas no que tange ao conhecimento técnico específico de cada área, mas também, no que se refere ao que é fundamental tal como desenvolver habilidades para uma mudança no cuidado à saúde mental. (JUCÁ et. al, 2009).

Outro fato observado foi referente à falta de preparo do profissional para atuar no serviço, evidenciou-se que apenas três profissionais apontaram contato pregresso com o campo da saúde mental através de trabalho voluntário, cursos, eventos e estágios. Ainda no tocante à lacuna na preparação dos profissionais, segundo Ceccim & Feuerwerker (2004), ela deve ser um processo de constante aprendizado, as mudanças de comportamento das pessoas é um processo complexo, que conseqüentemente gera insegurança e resistência dos profissionais, fazendo com que exista um grande risco de perpetuar a institucionalização dos sujeitos, onde novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade social e ética, que os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, portanto, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas e dos problemas.

Pode também ser observado nas falas dos profissionais que as tecnologias leves são empregadas no seu cotidiano, essas tecnologias são desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde, que também engloba os saberes que operam para organizar as ações humanas e ao nível das relações interpessoais, também contemplam as relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão neste sentido a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, mas como resultado de trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, como por exemplo, o cuidado em saúde (MEHRY, 2002).

Por outro lado, o acolhimento pode gerar uma relação de confiança, e segurança através da conversa, isso faz com que a interação usuário/equipe seja mais facilitada na medida em que o usuário logo se sente mais seguro, resultando em um cuidado que traga resultados positivos. Segundo Franco, Bueno, Merhy (1999) o acolhimento é um processo que é capaz de mudar o modelo assistencial da saúde, ele produz uma relação tanto de escuta e responsabilização e de vínculo com o usuário.

A partir desta perspectiva, o acolhimento visa atender os usuários de uma forma receptiva, assumindo uma postura capaz de escutar, acolher e ajustar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Segundo Jorge et. al. (2011) o cotidiano dos serviços de saúde deve ter como prioridade as tecnologias leves, para atingir a integralidade e a humanização do cuidado através do acolhimento, do diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e os usuários dos serviços de saúde.

Outro fato evidenciado no estudo foi a existência da reunião da equipe, ela é realizada com o objetivo de promover discussões que favoreçam a equipe sobre a problemática do serviço e principalmente sobre o tratamento dos usuários que frequentam o serviço tornando-se um espaço potente para o desenvolvimento da educação permanente. Dentro deste escopo, Vasconcellos (2010) refere que o âmbito grupal das reuniões em equipe, quando discutido a reforma, incentiva a transformação, capaz de apoiar o trabalho, esses espaços de discussão são lócus privilegiados para o compartilhamento do imaginário, propiciando ao grupo o papel de responsável de um projeto que o transcende.

Segundo Campos et. al. (2011) o trabalho em grupo determina maior ou o menor êxito nas em suas ações, outro fator determinante é se as reuniões a confiança circula, se a informação deve ser policiada e se é possível discutir em grupo, aprende-se também que as reuniões quentes e mais horizontalizadas fortalecem, transformam e modificam a equipe, gerando motivação para o trabalho.

Pois mesmo sem haver a existência de problemas, é de extrema importância que ocorram as reuniões de equipe de forma frequente e periódica, pois elas contribuem para dividir e compartilhar as responsabilidades pelas decisões tomadas e os méritos pelo alcance de resultados satisfatórios (KAWATA et. al, 2009).

Com relação a capacitação dos profissionais, percebeu-se o interesse por parte dos profissionais quando se trata de cursos de capacitação, atualização e preparação para melhoria de seu desempenho e qualidade no trabalho prestado, uma vez notado a fragilidade da falta de conhecimento e experiências observado em diversas falas. Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde têm como referência as necessidades das pessoas e das populações, tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Segundo o Instituto Brasileiro de Educação Profissional (INBEP), a capacitação profissional é um dos requisitos básicos para manter a qualidade da equipe e conseqüentemente da produtividade de uma empresa. O investimento em qualificações e capacitações traz retorno positivo tanto ao empregador quanto ao funcionário, uma vez que o colaborador se sente mais motivado e apto para exercer as funções do dia-a-dia (INBEP, 2015).

Outro ponto citado durante o questionamento aos profissionais se eles realizaram atividades educativas após a inserção no CAPS AD. Diante disso, segundo Chiavenato (2008) a qualificação, a capacitação e o aperfeiçoamento é um entrelaçamento de ações de caráter pedagógico, devidamente vinculadas ao planejamento da instituição, que visa promover continuamente, o desenvolvimento dos servidores, para que desempenhem suas atividades com mais qualidade e eficiência. Com relação a isso, a Norma Reguladora 32 (NR32) trás que o empregador deve assegurar capacitação aos trabalhadores, antes do início das atividades e de forma continuada (FIOCRUZ, 2005).

Diante dos dados apresentados, nota-se que o empregador não oferece cursos, dentre todos os entrevistados, a maioria afirma fazer algum curso preparatório, porem não relacionam as atividades ao CAPS AD. A educação permanente tem importante papel diante a transformação das práticas em saúde, pois ela tem o objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes (GOMES, BARBOSA, FERLA, 2016).

A educação permanente beneficia-se principalmente nos aportes da análise organizacional, ela coloca o cotidiano do trabalho, os atos produzidos diariamente como objeto de reflexão e também de avaliação, além disso, ela ainda reforça as

relações das ações de formação com a gestão dos serviços e com o trabalho da atenção à saúde (CECCIM, 2005). Consequentemente, a educação permanente é uma estratégia capaz de contribuir na transformação dos processos formativos e na organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde com as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que os princípios e as práticas hoje em dia são adotados amplamente na saúde, são eles: a humanização, o vínculo, o acolhimento, as práticas em grupo, tanto como horizontalização das relações entre usuários e profissionais, que são originários dos processos da reforma psiquiátrica, isso mostra que o papel diferenciado em que a saúde mental desempenha no conjunto dos processos de formação e organização do trabalho em saúde valida a importância da participação da saúde mental nos diversos projetos de formação em saúde (OMS/OPAS, 2001). Diante disso se coloca a necessidade da definição de estratégias específicas da saúde mental no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, regulamentada pela Portaria GM/ MS nº 1.996, que definiu diretrizes e estratégias para a implementação, tramitação e financiamento das ações de educação na saúde que passaram a compor o Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde (Brasil, 2007).

Observou-se também que os profissionais que relataram que haviam feito curso preparatório e que era relacionado à redução de danos, que é uma estratégia de Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas sem, necessariamente, reduzir o consumo (CHARÃO, 2009). A importância da redução de danos é de incentivar as formas de auxílio cujo principal objetivo não é de eliminar o uso de substâncias psicoativas, mas melhorar o bem-estar físico e social dos usuários, minimizando os prejuízos causados pelo uso de substâncias (DIAS et. al, 2014).

A redução de danos segundo Merhy (2002) nos coloca entre as questões gerais e as demais intervenções de saúde como a necessidade de reflexão sobre o que norteia a produção do cuidado, este que é um cuidado emancipatório que se destaca pela ampliação da autonomia que visa ajudar a pessoa a desvelar e lidar com suas escolhas, um cuidado disciplinador, prescritivo e restritivo predetermina e estabelece, a partir de critérios externos, aquilo que a pessoa deve fazer e como deve se comportar.

Nesse sentido, compreende-se que a redução de danos cria uma forte aliança com a clínica ampliada, que tem como objetivo um novo modelo de atendimento e gestão que se busca a percepção do profissional para além do diagnóstico presente, incorporando as singularidades dos seres humanos, que acolham a singularidade de cada um, isso contribui para que a equipe de saúde possa trabalhar atenta para a subjetividade de cada sujeito e não reduzindo a ação clínica pautada na doença, ela propõe também enxergar o homem como um todo, considerando suas dimensões psicológica, biológica, social, histórica e política e dando voz ao sujeito para que ele participe ativamente de seu processo de saúde (BRASIL, 2009).

Sob este prisma, percebe-se que o desenvolvimento de estratégias de educação permanente no serviço investigado ainda caminha a passos lentos e necessita de maior investimento e visibilidade por parte dos atores envolvidos, seja da gestão e ou dos próprios trabalhadores do campo. Todavia, sabe-se que a implementação de tais estratégias constituem-se em um grande desafio no município dada as condições que atravessam este contexto, como a escassez de recursos financeiros, humanos e até mesmo estruturais.

Contudo, os resultados trazidos neste estudo revelam que alguns avanços têm sido obtidos através da criação de espaços de troca de saberes e construção conjunta de conhecimento, trazendo perspectivas positivas de qualificação do cuidado, e, sobretudo, possibilidades de transformação de práticas cristalizadas e reducionistas voltadas ao usuário de substâncias psicoativas.



## 8. Considerações finais

Através dos resultados trazidos neste estudo, é possível perceber a existência de fragilidades referentes aos processos de implementação de estratégias de educação permanente junto à equipe do CAPS AD. Através dos relatos é possível notar que a falta de experiência, capacitação e preparação para atuar no serviço podem interferir negativamente na qualidade do cuidado prestado pela equipe.

Somado à isso, reflete-se que lacunas na formação especialmente no que tange à abordagem de conteúdos específicos sobre dependência química na graduação e cursos técnicos também tornam-se entraves na prestação do cuidado, e merecem maior atenção nos currículos.

Os resultados também apontaram que os profissionais do CAPS AD apresentam interesse em participar de atividades de educação permanente, o que se constitui em um fator muito positivo, uma vez que o interesse em qualificar-se possibilita a mudança de suas práticas. É possível notar que as participações em cursos sejam presencial ou à distância, e tem impactado no desempenho das práticas de alguns membros da equipe haja vista que muitos deles relataram o uso das tecnologias leves no cuidado prestado aos usuários.

Por outro lado, pode-se acreditar que a educação permanente desses trabalhadores exige mais que ações educativas, cursos preparatórios, é preciso ter apoio para a construção sistemas integral de educação permanente no âmbito do próprio serviço, para que possam os auxiliar tanto no conhecimento quanto nas estratégias do cuidado, favorecendo a troca de experiência entre os serviços de saúde e a equipe.

Por fim, salienta-se a necessidade de outros estudos que possam desvelar o impacto das estratégias de educação permanente já implementadas no município, a fim de conhecer o alcance e relevância destas atividades na rede de atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

AMARANTE, P. (coord.). **Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

AROUCA, S. **A reforma sanitária Brasileira**. Radis, FIOCRUZ, tema 11, ano VI, novembro.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa, 2006. Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

BRASIL Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: Educação Permanente**. Brasília – DF, 2000.

BRASIL Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Mental. Brasília, 2013

BRASIL Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Programa Saúde da Família: Educação Permanente**. Brasília – DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. In Brasil. Série Cartilhas Humanizadas. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG**. Fundação Oswaldo Cruz -FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão. Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF): MS; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília - DF, 2006.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Brasília – DF, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminho para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília – DF, 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012: Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros**. Brasília- DF. 2012.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMPOS, R.T.O. et. al. **Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde**. Campinas, SP, Brasil, 2011.

CAMPOS, R.T.O. et al (org). Pesquisa **Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 428p.

CARLINI *et al.* **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – Centro**

**Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid).** Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, 2001.

CARVALHO NETO, C. Z; *et al.* **Prevenção à dependência química.** Organização de Maria Taís de Melo ; coordenação de Caio Monteiro de Melo. 2. ed. – Palmas : Editora UNITINS, 2011.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface (Botucatu), Botucatu. V. 9, n. 16, fev 2005.

CHARÃO, R. B. **Parecer técnico avaliativo a respeito da aplicação do conceito de Redução de Danos e implantação de ações de educação sobre álcool e outras drogas, conforme ciclos de vida.** Produto n 3, Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e a UNESCO, 2009.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de pessoas.** São Paulo: Elsevier, 2008.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental,** 2002.

DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos da Saúde.** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Série pacto pela saúde. Vol 9. P. 39-59.

DIAS, I. Aline et al. **Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 147-157, abr. 2013.

FERRAZ, F. et al. **Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura.** Sau. & Transf. Soc, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FIGUEIREDO, M. L. R; DELEVATI, D. M. TAVARES, M. G. **ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.** Ciências humanas e sociais. Maceió. v. 2 | n.2 | p. 121-136. 11/2014

FIOCRUZ. **Norma Regulamentadora 32.** São Paulo, Portaria MTE n.º 485, de 11 de Novembro de 2005.

FOUCAULT, M. **IN: História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 11, nº 1, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 22. ed. São Paulo: Graal, 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.15, n.2, p.345-353, 1999.

FREITAS, F. F. P. **A história da psiquiatria não contada por Foucault.** História, Ciência, Saúde - Manguinhos, v. 11, n. 1, p. 75-91, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Atlas, 4. ed. São Paulo, 2008.

GOMES, L.B; BARBOSA, M.G; FERLA, A.A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e Práticas.** Série Atenção Básica e Educação na Saúde. 1ª ed. Porto Alegre/RS, 2016. Rede Unida.

HOLMES, D. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

INBEP. **Por que investir na capacitação profissional da equipe?** Instituto Nacional Brasileiro de Educação Profissional (INBEP), 1 de Setembro, 2015. Brasil.

INPAD, Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. **Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.** Unidade de pesquisas em álcool e drogas. UNIFESP, São Paulo, Brasil, 2012.

JORGE, M.B.B. et al. **Promoção da Saúde Mental. Tecnologias do Cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** Rev Ciênc Saúde Coletiva, v.16, n.7, p. 3051-60, 2011.

JUCÁ, VJS et. al. **Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):173-182, 2009.

KANTORSKI, L. P. (coord.). **Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil – CAPSUL.** Pelotas: CNPq, Ministério da Saúde, 2007.

KAWATA, L.S. et. al. **O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão.** Texto & Contexto - Enfermagem, v.18, n.2, p.313-320, 2009.

MANGIA, E. F. **Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. i-ii. maio/ago. 2009.

MARCANTONIO, J. H. **A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle.** ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** Atlas, 3. ed. São Paulo, 1996.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W.F. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: edição compacta.** São Paulo: Atlas, 1996.

MERHY. E.E. **Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo**

**trabalho em saúde.** In: Merhy EE, Onoko, R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2002. p.113 - 150.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Quantitativa em Saúde.** (12º edição). São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MORAES, M. M. **O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas:** percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Coletiva. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Recife 2005.

NUNES, M. O. et al. **A articulação da experiência dos usuários nas microculturas dos Centros de Atenção Psicossocial** – uma proposta metodológica. Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ, Rio de Janeiro, a. 10, n. 1, p. 204-220, jan./abr. 2010.

OLIVEIRA, W. F. **Éticas em conflito:** reforma psiquiátrica e lógica manicomial. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, out./dez. 2009.

OMS/OPAS Relatório sobre a saúde no mundo- 2001. **Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança.** Gráfica Brasil, Organização Mundial da Saúde, 2001.

PESSOTTI, I. **A loucura e as Épocas.** Editora 34. 1994.

PESSOTTI, I. **Os nomes da Loucura.** Editora 34, 1999.

PINTO, A. I. **O uso de substâncias psicoativas:** História, aprendizagem e autogoverno. Maringá – PR, 2012.

PORTER, R. **Breve historia de la locura.** Trad. Juan Carlos Rodríguez. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.

RAMMINGER, T. **A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** Bol. da Saúde, v.16, n.1, 2002.

REY, P. M. **O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875).** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 382-403, junho 2012.

RONCHI, J.P. AVELLAR, L. Z. **Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES.** Universidade Federal do Espírito Santo, Psicologia: Teoria e Prática – 2010, 12(1):71-84.

ROVERE, M. R.. **Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: Educacion Permanente de Personal de Salud.** Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA, 1994.

SENAD - **Glossário Álcool e Drogas.** 2004.

SETOYA, Yutaro. **Guiding principles for the development of mental health policies in low - and middle – income countries.** RBP, v. 33, nº 1, March, 2011.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, A. A. **Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.** Trab. educ. saúde (Online) vol.9 no.3 Rio de Janeiro Nov. 2011

VASCONCELLOS, V. C. **Trabalho em equipe na Saúde Mental: O Desafio Interdisciplinar em um CAPS.** Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2010.

ZAGO, J. A (1999). **Sociedade de consumo e droga.** Rev. Impulso, Ciências, Sociais e Humanas (UNIMEP), Piracicaba,11(25), 93-102.

WHO. **Checklist for evaluating a mental health plan.** 2005.