

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS- UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

DÉBORA BIFFI

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
SOB A ÓTICA DO USUÁRIO:
subsídios para a qualificação da consulta de enfermagem**

PORTO ALEGRE

2014

Débora Biffi

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS SOB A
ÓTICA DO USUÁRIO: subsídios para a qualificação da consulta de
enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentado à
Banca de Defesa do Mestrado Profissional
em Enfermagem da Universidade do Vale do
Rio dos Sinos- UNISINOS para apreciação e
parecer.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e
Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cíntia Nasi.

PORTO ALEGRE

2014

CIP – Catalogação na Publicação

B591t Biffi, Débora
Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas sob a
ótica do usuário: subsídios para a qualificação da consulta de
enfermagem / Débora Biffi ; orientação Cíntia Nasi. – Porto Alegre,
2014.

123 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) –
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2014.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Atenção ao usuário de
drogas. I. Nasi, Cíntia (orientadora). II. Título.

CDU: 616.08

Débora Biffi

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS SOB A
ÓTICA DO USUÁRIO: subsídios para a qualificação da consulta de
enfermagem**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação nível Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em 04 de novembro 2014.

BANCA EXAMINADORA

Cintia Nasi – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Sandra Maria Cezar Leal – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Marcio Wagner Camatta – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esta dissertação a mulher que me ensinou o gosto pelos estudos e que sempre, independente da adversidade, se manteve ao meu lado. Mãe minha eterna gratidão e meu muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Sempre achei a gratidão uma das maiores virtudes do ser humano.

Início meus agradecendo aos meus pais pelos ensinamentos e dedicação para que eu pudesse ter a melhor educação possível. A minha mãe não acho palavras capazes de expressar o que a senhora significa para mim e o quanto é importante na minha vida. Ao meu pai, que mesmo distante, me deu seu apoio e fez o melhor que podia, tenho certeza. E agradecendo aos meus pais agradeço a toda a minha família.

Ricardo, sem você esse sonho nunca seria realizado, é imensurável minha gratidão. Obrigada não seria o suficiente. Minha gratidão eterna.

A minha orientadora, Cintia Nasi, eu não poderia ter tido melhor orientadora para desenvolver essa dissertação, dedicada, comprometida, calma, que me confortava nos momentos de angústia, e que sem dúvida alguma, este trabalho não teria o mesmo resultado sem você. Meu eterno obrigada e reconhecimento da tua dedicação e empenho.

Aos doutores que contribuíram para a conquista deste mestrado, partilhando seus conhecimentos e dedicando seu tempo a educação do próximo.

Aos amigos que fiz durante esta caminhada, obrigada por tornarem minha vida em Porto Alegre muito mais feliz e muito mais leve. Não poderia deixar de citar minha amiga, colega, cúmplice, parceira de todas as horas, Mariana Arrieche. Amiga sem dúvida um dos maiores presentes que Porto Alegre me deu foi a sua amizade, levo comigo para sempre, uma irmã que ganhei, a todas as horas de escuta e de compartilhamento das nossas problemáticas, um muito obrigada seria pouco.

Um obrigada cheio de carinho a tudo o que é novo, a tudo que me faz bem, a novos recomeços, a novas histórias. A.F.N.J

Deveria agradecer a mais muitas pessoas que passaram por mim e de alguma forma contribuíram para a construção deste sonho, mas não seria possível escrever a todas, então que fique registrado um obrigada todo especial a todas as pessoas que de algum modo contribuíram e contribuem para este momento.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender as expectativas dos usuários sobre as ações dos enfermeiros de um Centro de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas (CAPSad). Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou o referencial teórico-metodológico da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. O estudo foi realizado em um CAPSadIII localizado em Porto Alegre e foram entrevistados 15 usuários. As entrevistas ocorreram em março de 2014, através de uma entrevista. Durante a análise compreensiva dos relatos, surgiram cinco categorias: Satisfação dos usuários com o CAPS; Atividades desenvolvidas no CAPS e Concepções dos usuários sobre a Enfermagem do CAPS. Através desta pesquisa, puderam-se compreender as expectativas dos usuários sobre o atendimento realizado no CAPSad, as expectativas para com os enfermeiros envolvidos em seus tratamentos. E, assim, pôde-se observar e considerar que os vínculos criados entre usuários e enfermeiros no CAPS são capazes de favorecer a efetividade do tratamento desenvolvido por possibilitar a criação de um plano terapêutico que vá ao encontro das necessidades dos usuários.

Descritores: Saúde mental. Fenomenologia. Usuários de substâncias psicoativas.

ABSTRACT

This study aimed to understand users' expectations about the actions of nurses in a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs (CAPSad). This is a qualitative study using the theoretical and methodological framework of the phenomenological sociology of Alfred Schutz. The study was conducted in a CAPSadIII located in Porto Alegre and 15 users were interviewed. The interviews took place in March 2014, through an interview. During the comprehensive analysis of reports, five categories emerged: User satisfaction with the CAPS; Activities developed in CAPS and Concepts of users on Nursing CAPS. Through this research, we were able to understand the expectations of users about the service provided in CAPSad, with expectations for nurses involved in their treatment. And so we could observe and consider that the links created between users and nurses in CAPS are able to promote the effectiveness of the treatment developed by enabling the creation of a treatment plan that meets the needs of users.

Keywords: Mental health. Phenomenology. Users of psychoactive substances

LISTA DE ABREVIATURAS

- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicoativas
- CID- 10** – Classificação Internacional das Doenças 10^a edição
- COMEN** – Conselho Municipal de Entorpecentes
- CONAD** – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
- CONEN** – Conselho Nacional de Entorpecentes
- FUNAD** – Fundo Nacional Antidrogas
- INFOdrogas** – Serviço ligado ao Instituto de Medicina Social e de Criminologia
- LSD** – Lysergsäurediethylamid, palavra alemã para a dietilamida do ácido lisérgico
- MS** – Ministério da Saúde
- NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association
- NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- PROERD** – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência da Polícia Militar
- SENAD** – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
- SISNAD** – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
- SPA** – Substâncias Psicoativas
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS UTILIZADOS NA ATUALIDADE	16
3.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira	16
3.2 Centro de Atenção Psicossocial.....	21
3.3 Dependência de álcool e outras drogas	25
3.4 Indivíduos em Sofrimento Psíquico em Decorrente do ABUSO de Álcool e Outras Drogas	31
3.5 Consulta de enfermagem com instrumento de avaliação.....	33
4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO - A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ	37
5 METODOLOGIA	43
5.1 Tipo de estudo.....	43
5.2 Campo de estudo	45
5.3 Participantes do estudo	46
5.4 Coleta das informações.....	46
5.5 Análise das informações	47
6 ASPECTOS ÉTICOS	49
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
7.1 Caracterização dos Sujeitos.....	50
7.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	51
7.2.1 Satisfação dos usuários com o CAPS.....	51
7.2.2 Atividades desenvolvidas no CAPS	58
7.2.3 Concepções dos usuários sobre a enfermagem do CAPS.....	62
8 INTERVENÇÃO	79
8.1 CHÁ FILOSÓFICO COM OS ENFERMEIROS DO CAPSad	79
8.2 ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM	80
8.2.1 Orientações aos usuários e familiares.....	80
8.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM	84

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
APÊNDICE A – História da dependência de álcool e outras drogas pelo mundo	98
APENDICE B – Roteiro para Entrevista.....	100
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCÓOL E OUTRAS DROGAS: EXPECTATIVAS DOS USUÁRIOS SOBRE OS ENFERMEIROS	Erro! Indicador não definido.
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS.....	103
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	105

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no Brasil passou, nos últimos 20 anos, por uma mudança, um redirecionamento do modelo de assistência, anteriormente centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de assistência comunitária, conforme os pressupostos do movimento da Reforma Psiquiátrica. Entendendo a necessidade de incorporação da saúde mental tendo como ponto de partida o usuário, este projeto pretende compreender, a partir do referencial da fenomenologia, as expectativas dos usuários sobre o tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

O processo de desinstitucionalização, seguido da criação de serviços substitutivos que se caracterizam pela construção de uma rede de serviços extra-hospitalares articulada e integrada a dispositivos de atenção à saúde deram surgimento aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (ARAUJO et al., 2012). O Ministério da Saúde (MS), em 2002, através da Portaria nº 336/GM, regulamenta os CAPS, definindo as suas modalidades de serviços como CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, além do CAPSad para atendimento a usuários de álcool e outras drogas e o CAPS i, que disponibiliza atenção a crianças e adolescentes. Os CAPS deverão constituir-se em serviços ambulatoriais de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (BRASIL, 2002).

Com a criação e implementação dos CAPS, após a mudança na assistência à saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica, a avaliação dos serviços na área da saúde mental vem crescendo e configurando-se como uma necessidade nos últimos anos. Assim, a construção de processos avaliativos está sendo desenvolvida pelo MS, considerando os atores destes serviços: os usuários, familiares e profissionais (MIELKE, 2009).

O CAPSad é uma unidade de atendimento e acompanhamento em saúde mental, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional assistente social, técnicos de enfermagem, dentre outros profissionais que realizam atendimentos individuais, atendimentos em grupos e visitas domiciliares (MONTEIRO et al., 2011).

O CAPSad destaca-se pelo atendimento especializado a pessoas que fazem uso, abuso e dependência prejudicial de substâncias, realizando o acompanhamento

clínico, para prestar suporte à reinserção do usuário na sociedade e incentivando a reconstrução da sua autonomia, além de ter como estratégia de atenção a redução de danos, minimizando os prejuízos individuais e sociais causados pelo uso das substâncias psicoativas (SPA). Nesta modalidade de serviço, considera-se o usuário e a família como protagonistas de seu tratamento (ARAUJO et al., 2012).

A dependência química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa. Os agentes psicoativos atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido dessa substância, originando a dependência física e psicológica. Alguns exemplos são o álcool, o tabaco, maconha e crack (MALBERGIER, 2005).

A dependência química ou dependência de SPA reflete-se em todas as esferas da vida do dependente e de sua família. As compulsões associadas ao abuso de drogas estão relacionadas com as motivações para a busca da droga pelo usuário nas mais diversas circunstâncias. Neste sentido, compreender o significado do uso para estes sujeitos torna-se indispensável no estabelecimento de novas metas e necessidades a serem construídas durante o processo de reabilitação. A falta de apoio familiar constitui barreira para recuperação do usuário em tratamento, favorecendo as recaídas. Assim, as discussões da subjetividade, do aconselhamento e das ações realizadas durante o tratamento são fundamentais para a reabilitação psicossocial, fortalecendo as práticas de redução de danos e não apenas agindo sobre um conjunto de sinais e sintomas (GOMES et al., 2012).

Desta forma, vários estudos têm sido desenvolvidos, (PRATTA; SANTOS, 2009; REBELLO; MOURA NETO; CARVALHO, 2011; KESSLER et al., 2013), objetivando obter soluções para o problema do uso e abuso de drogas, a percepção dos profissionais e familiares sobre o uso, o que esperam com o tratamento. Todavia, esses sujeitos estão focados, geralmente, na perspectiva de pessoas envolvidas no tratamento, porém poucos estão voltados aos usuários das redes de atenção à saúde mental. Tal aspecto é relevante, pois, ao considerar a complexidade dos fatores envolvidos no uso e abuso das drogas ilícitas, faz-se importante sua compreensão a partir das diversas relações singulares que os indivíduos estabelecem com as substâncias utilizadas ao longo da vida, com a visão desde usuário sobre a equipe que lhe presta assistência e sobre o processo terapêutico (NEVES; MIASSO 2010).

O envolvimento dos usuários é fundamental para o tratamento. Neste sentido, torna-se indispensável que se sintam parte desse processo e acolhidos pela equipe de profissionais do serviço de saúde. Compreender as expectativas dos indivíduos quanto ao tratamento oferecido pela equipe do CAPSad possibilita um maior entendimento de suas percepções e analisar de forma crítica o atendimento prestado a partir das necessidades expressas pelos usuários. É de suma importância desenvolver ações a partir das perspectivas dos usuários, pois, deste modo, os profissionais podem desenvolver métodos de captação e aproximação do paciente com a realidade de seu tratamento e diagnóstico.

Com o objetivo de disponibilizar uma melhor assistência ao usuário, é imprescindível dar vez e voz a eles, para que se expressem sobre a atenção prestada e a maneira que veem esta atenção, assim contribuindo para a qualificação da assistência nos CAPS.

Os questionamentos que originaram este estudo surgiram com a observação no desenvolvimento do trabalho em enfermagem nos serviços de saúde mental da atualidade, especialmente quanto às fragilidades relacionadas à falta de registro padronizado nos CAPS; às dificuldades de acolhimento pela equipe de enfermagem; às consultas de enfermagem que, por vezes, não atendem as necessidades dos pacientes e nem do sistema de saúde; e à falta de dados sistematizados na enfermagem em saúde mental.

A proposta desta pesquisa está baseada em uma função privativa do enfermeiro, a consulta de enfermagem, a qual será desenvolvida a partir das expectativas dos usuários apreendidas durante a entrevista fenomenológica.

Ao observar a singularidade do processo terapêutico em que os usuários do CAPSad GHC encontram-se inseridos, surgiram as questões inerentes a esta pesquisa: Quais as expectativas que os usuários de um CAPSad de Porto Alegre possuem no que se refere ao seu tratamento? De que forma, após a identificação de tais expectativas, podemos construir um instrumento que possa auxiliar na qualificação da consulta de enfermagem para os enfermeiros do CAPSad?

Assim, este projeto de pesquisa e intervenção justifica-se pela necessidade de compreender, as vivências e expectativas dos usuários de um CAPSad, a fim de dar voz às necessidades dos usuários inseridos neste contexto. Também possibilita ampliar as abordagens de cuidados aos usuários, fortalecendo as condutas, experiências e práticas dos profissionais da enfermagem.

Este estudo torna-se relevante diante da construção e consolidação dos serviços substitutivos, como os CAPS, e da necessidade de se disponibilizar maior atenção às necessidades pontuadas pelos próprios usuários. Além disso, é fundamental que a enfermagem, nestes serviços, desenvolva habilidades e instrumentos para a qualificação da sua prática profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as expectativas dos usuários quanto ao tratamento em um CAPSad.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) identificar as expectativas dos usuários quanto ao tratamento prestado pelos profissionais de enfermagem do CAPSad;
- b) conhecer as expectativas dos usuários quanto ao tratamento disponibilizados pelos enfermeiros do CAPS.
- c) desenvolver um roteiro de consulta de enfermagem para utilização dos enfermeiros do CAPSad.
- d) Compreender o significado do tratamento no CAPSad e as ações da enfermagem.

3 SAÚDE MENTAL: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS UTILIZADOS NA ATUALIDADE

Neste capítulo, buscou-se contextualizar e fundamentar esta pesquisa no que diz respeito à revisão da literatura. São abordadas as temáticas da reforma psiquiátrica brasileira, Centros de Atenção Psicossocial, dependência de álcool e outras drogas, e indivíduos em sofrimento psíquico.

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O entendimento, a partir do desenvolvimento de conhecimento sobre a historicidade dos fatos e fenômenos sociais, é o caminho para explicitar as contradições e determinações na trajetória histórica da humanidade. Assim, ao final da Idade Média, as doenças, inclusive a doença mental, passam a ser interpretadas como resultado de possessões demoníacas, sendo tratadas através de agressões corporais, torturas e inanição. Com o surgimento do hospital, no século XVII, deu-se início ao alisamento daqueles que não possuíam os padrões aceitáveis pela sociedade, dentre eles ladrões, marginais e mendigos. Então, a partir destes fatos, a doença surge como um problema social, onde os doentes passam a ser considerados indesejados (VASCONCELOS, 2010).

A loucura sempre esteve presente, independente da época histórica e os lugares para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica hospitalar, propriamente dita, é uma construção do século XVIII (VIEIRA, 2007).

A partir do momento em que o hospital é entendido como um instrumento de cura e o espaço hospitalar um instrumento terapêutico, o médico passava a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Ao profissional médico destinavam-se os questionamentos de como construir um hospital e de que forma organizá-lo. Desde então, a comunidade religiosa, responsável até o momento pela organização do hospital, é destituída em proveito de um espaço que deveria ser organizado medicamente. Além disso, entendiam que se o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas, entre outros fatores eram fatores de cura, o médico, controlando o regime dos doentes, assumia o funcionamento econômico do hospital.

Ao mesmo tempo, ocorre a multiplicação dos médicos na interior do hospital (FOUCAULT, 2004).

O asilamento antes de ter o sentido médico, foi exigido por razões e preocupações diferentes da cura. No lugar onde muitos reconhecem os signos de uma benevolência para com a doença, Foucault (1997) percebe apenas uma preocupação com o trabalho, com uma condenação da ociosidade. Assim, os desempregados, os velhos, os loucos não serão apenas excluídos, mas sim detidos já que a sociedade estabeleceu um sistema de obrigações: enquanto estes tem de ser alimentados, ao mesmo tempo eles devem aceitar a prisão física e moral do asilamento. A crise do asilamento servia para reabsorver os ociosos e proteger a sociedade contra as revoltas, fora dos períodos de crise eles serviam para fornecer mão de obra barata. O asilamento está relacionado diretamente à concepção de trabalho, que é visto como uma solução geral para as diferentes formas de miséria (VIEIRA, 2007).

A experiência trágica e cósmica da loucura viu-se *mascarada* pelos *privilégios exclusivos* de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser entendida como uma *figura total*, que finalmente chegaria, por esse caminho, à sua verdade positiva; é uma *figura fragmentária* que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto *desequilibrado* por tudo aquilo de que carece, isto é, por tudo aquilo que o *oculta*. Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, uma *abafada* consciência trágica não deixou de ficar em vigília. (FOUCAULT, 2004, p. 28-29).

No contexto da historicidade da saúde mental, a Revolução Francesa, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” fez surgir o alienismo como uma possível solução para a condição civil e política dos considerados alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania, mas que a fim de não contradizer o lema, não poderiam ser simplesmente excluídos. Os asilos tornaram-se o espaço da cura, da Razão e da Liberdade, da condição que possibilitou ao alienado tornar-se sujeito de direito (AMARANTE, 1995).

A repercussão da Revolução Francesa para a nova ordem mundial fez com que os princípios alienistas fossem adotados pela maior parte dos países ocidentais. Os asilos psiquiátricos tornaram-se, assim, o espaço para todos aqueles considerados loucos, destituídos de razão, delirantes e alucinados. Os asilos, lugares das liberações dos alienados, transformaram-se nos maiores e mais

violentos espaços de exclusão, de sonegação e mortificação dos sujeitos (AMARANTE, 1995).

Iniciaram-se, na década de 1970, no Brasil, os princípios do que seria a Reforma Psiquiátrica, que se caracterizou pela crescente influência de propostas que se apresentavam efetivas em toda Europa, principalmente na Itália e França além dos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária. O decreto do presidente John F. Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado Community Mental Health Center Act, que apresentavam por base os conceitos preventivistas lançados pelo professor Gerald Caplan que redirecionava os objetivos da psiquiatria. A partir de então, incluiu-se como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental. A reforma psiquiátrica brasileira sofreu influência direta também do modelo oriundo da Itália em 1962 (PAULIN; TURATO, 2004).

Em Gorizia, Itália, no ano 1962, Franco Basaglia e Antonio Slavich iniciaram os princípios da Psiquiatria Democrática Italiana fechando cerca 700 leitos hospitalares. Era um movimento político que criticava a organização capitalista da sociedade. Esse movimento iniciou na Itália, inaugurando uma autocrítica ao insucesso da Comunidade Terapêutica implantada. Apresentavam alguns aspectos diferentes dos projetos de reforma, entre eles, a desinstitucionalização (CAMPOS; BARROS, 2008).

Posteriormente a estes fatos, observou-se uma rede de experiências inovadoras em algumas cidades da Itália, constituindo, então, de fato, a Psiquiatria Democrática Italiana. Esse movimento culminou com a Lei 180, de maio de 1978, que proibia a construção e utilização do manicômio como terapêutica, reconhecendo e evidenciando a função essencial dos tratamentos extra-hospitalares. Essa Lei estava incorporada à Reforma Sanitária Italiana, que, em relação à saúde mental, o Sistema Sanitário Nacional objetivou a sua tutela, privilegiando a prevenção e inserindo os serviços psiquiátricos nos serviços sanitários gerais de atendimento terapêutico (CAMPOS; BARROS, 2008).

O movimento dos trabalhadores de saúde mental, que nasceu em 1978, contestava a violência utilizada nos tratamentos de saúde mental e a qualidade da assistência psiquiátrica prestada. Aclamavam pela manutenção dos hospitais psiquiátricos e a melhoria dos mesmos. O rompimento com os hospitais psiquiátricos ocorre em 1977, quando surgem os movimentos de desinstitucionalização.

Possuíam como lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Surge a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

No Brasil, ocorre em dezembro de 1987 o I Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru/SP. A partir de então, surge uma nova estratégia de ação, um movimento social pelas transformações no campo da saúde mental. Deste ano até a atualidade, o Movimento vem organizando inúmeras atividades culturais e artísticas nos estados e nas principais cidades do país, com o objetivo de sensibilizar e envolver novos atores sociais na questão. Da mesma forma, inúmeras entidades da sociedade civil passaram a incluir o tema em seus debates e pautas de atuação para fortalecimento da saúde mental (AMARANTE, 1995).

Neste percurso da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias referentes a precariedade da assistência psiquiátrica, as denúncias de maus-tratos aos pacientes institucionalizados uniram-se aos movimentos dos trabalhadores de saúde mental. Assim em abril de 1978, o tratamento dado aos pacientes considerados psiquiátricos e as precárias condições de trabalho de diversas instituições de saúde mental resultaram em greve dos profissionais gerando uma imagem negativa na imprensa. Desta forma este episódio criou a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, contribuindo para tornar pública as discussões sobre a reforma psiquiátrica (BARROSO; SILVA, 2011).

O processo da Reforma Psiquiátrica está baseado na crise do modelo de assistência centrada no hospital psiquiátrico, e que culmina nos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e pela manutenção do seu convívio social. Ao redirecionar para destituir a atual conjuntura onde a violência asilar decorrente do paradigma hospitalocêntrico e para resgatar a cidadania de pessoas em sofrimento psíquico dissociados e alienados do convívio social, a Reforma Psiquiátrica constituiu-se de várias medidas, políticas e sociais, que visam à construção de uma nova prática de assistência à saúde mental voltada aos pacientes e não ao asilamento, com o intuito de inserção social e familiar (FERREIRA; TOCANTINS; NOGUEIRA, 2009).

As portarias N. 189/1991 e N. 224/1992 do Ministério da Saúde deram a possibilidade, até então inexistente, para que o Sistema Único de Saúde (SUS) pudesse financiar outros procedimentos assistenciais além dos leitos/dia ou consultas ambulatoriais. De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos foram

reduzidos de 86 mil para 72 mil. Uma redução de 14 mil leitos, onde 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 1995).

Neste sentido a Lei N. 10.216 de 6 de abril de 2001, instituiu-se para dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Tal lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, assegura a assistência sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Ela regula os atendimentos em saúde mental ao indivíduo em sofrimento psíquico e seus familiares ou responsáveis serão formalmente orientados sobre os direitos (BRASIL, 2001).

Com a redução considerável de leitos psiquiátricos o Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e novos mecanismos de gestão e fiscalização dos programada de redução de leitos psiquiátricos no país. Surge então a necessidade de uma rede de atenção diária à saúde mental para experimentar uma importante expansão, que alcança regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era inexistente. Neste período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, através da criação do Programa “De Volta para Casa”. Constrói-se uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica traçando uma política de uso de álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005).

Este processo é fortemente caracterizado por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para uma efetiva construção e transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. Atualmente caracteriza-se por dois movimentos que acontecem simultaneamente: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica é consolidada como política oficial do governo federal. No ano de 2011 já existiam em funcionamento no país 1742 Centros de Atenção Psicossocial e, ao final de 2012, os recursos gastos com os hospitais

psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2012).

Atualmente a política nacional de saúde mental possui como diretriz a redução progressiva dos leitos psiquiátricos e a ampliação do fortalecimento das redes substitutivas, Com o intuito de construir uma rede fortalecida de atenção a saúde mental, instituiu-se, em 23 de dezembro de 2011, a portaria N^o-3088 que dispõem sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Com a criação desta portaria, passamos a incrementar e solidificar o funcionamento integrado de uma rede de serviços na comunidade.

Algumas propostas inserem ações de saúde mental na atenção básica, a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas e o aumento da cobertura do programa “De volta para casa”, programa que permite o retorno para a sociedade após longos períodos de internações psiquiátricas recebendo o auxílio até que se reestabeleça os vínculos sociais (VIDAL; BANDEIRA; CONTTIJO, 2008).

3.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o redirecionamento da atenção em Saúde mental para um modelo centrado e com ênfase por serviços comunitários, extra-hospitalares tem-se destaque os CAPS, que foram regulamentados juntamente com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) através da Portaria/SNAS N^o 224 - 29 de Janeiro de 1992. Os CAPS são unidades de saúde regionalizadas que possuem uma população definida a nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre a atenção básica e a internação hospitalar, constituem a principal porta de entrada da rede de serviços para as ações referentes à saúde mental (BRASIL, 1992).

Através das observações do novo cenário da saúde mental o Ministério da Saúde lança a Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002, com o intuito de estabelecer as normas de funcionamento dos centros de atenção psicossocial e os divide nas modalidades de serviços : CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, CAPS I para atendimento de crianças e adolescentes e CAPS ad para atenção a usuários com

problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002). O CAPS ad III, para atenção a usuários de álcool e outras drogas, com atendimento nas 24 horas, é redefinido pela Portaria N° 130/ 2012.

A Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril de 2002, institui que ao considerar as determinações da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, o aumento do consumo de álcool e de outras drogas, os crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta, a necessidade e de reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida pelo SUS ao usuário de álcool e outras drogas com aperfeiçoamento da rede e qualificação profissional e que culminam na necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede do SUS (BRASIL, 2002).

O CAPS possui a facilidade de participação do indivíduo em seu tratamento, é um serviço inserido na comunidade, constituído por uma equipe de saúde multiprofissional, onde os vários conhecimentos buscam garantir a assistência integral à saúde mental da população. A estratégia de assistência integra o CAPS ao SUS. incorporando seus princípios e diretrizes como acesso universal, público e gratuito aos serviços de saúde, a integralidade de suas ações, no sentido de atender cada indivíduo como um todo, de modo singular, a equidade do atendimento, onde os esforços surgem no intuito de superar toda e qualquer diferença social, a descentralização dos recursos de saúde, ao garantir a qualidade do cuidado o mais próximo dos usuários, e o controle social, para a participação da sociedade (FERREIRA; TOCANTINS; NOGUEIRA, 2009).

Um dos objetivos primordiais dos CAPS é promover a reabilitação psicossocial como uma estratégia que possui implicações em uma mudança de toda política existente nos serviços de saúde mental e que envolve uma rede que contempla os profissionais, os usuários, os familiares dos usuários e a comunidade de modo geral. A reabilitação é um processo de reformulação e de reconstrução do cotidiano, um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade em três cenários: habitat, rede social e trabalho como valor social (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Este serviço oferece três modalidades de tratamentos, que variam de acordo com a necessidade de cada indivíduo inserido do atendimento. O atendimento intensivo constitui-se de um atendimento diário oferecido para pessoas que encontram-se em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua. Esse

atendimento pode tornar-se domiciliar quando necessário. No semi-intensivo o usuário pode ser atendido até 12 dias por mês, sendo que essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica do indivíduo diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento. Porém deve-se ressaltar que os indivíduos ainda necessitam de atenção direta da equipe do serviço para se estruturar e recuperar sua autonomia. E o tratamento não intensivo, passa a ser oferecido quando o indivíduo não necessita de suporte da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês (BRASIL, 2004).

A criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, como o CAPS, teve início com o processo de desinstitucionalização, que é um trabalho prático de transformação, que desmembra o modelo institucional existente, o manicômio, para desmontar e remontar o problema. Transformam-se, assim, os modos como são dispensados os tratamentos, os cuidados às pessoas, para transformar o sofrimento, visando que o tratamento passe a ser entendido como um conjunto complexo e cotidiano de estratégias para enfrentamento de problemas existentes, considerando como foco a existência dos sujeitos em sofrimento psíquico (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Uma das prioridades dos CAPS é a desinstitucionalização, a qual tem amparo por um processo de desmembramento do modo asilar, propondo vários dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade dos usuários. Os CAPS vêm demonstrando efetividade na substituição da internação de longo prazo, por um atendimento que não exclui os usuários, mas que busca reinserir os sujeitos em sofrimento psíquico na família, na comunidade, na vida produtiva, resgatando a autoestima e reestruturação da rede de vínculos (NASI; SCHNEIDER, 2011).

O desenvolvimento do trabalho no CAPS é algo a ser construído pela equipe multidisciplinar, de acordo com as singularidades de cada equipe. Os CAPS são espaços propostos à criatividade, à construção de vida, que, ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhem e cuidam, estabelecendo pontes com a sociedade. As diferentes modalidades de atendimento aos usuários em um CAPS visam reinserir o usuário no contexto sociocultural, pessoal e familiar. O novo modelo de atenção psicossocial tem como características a valorização das vivências dos

usuários e famílias na construção do projeto terapêutico formulado e constituído por uma equipe multidisciplinar (ALFING et al., 2013).

A Reforma Psiquiátrica tem possibilitado a construção de um novo elo de atenção em saúde mental que se orienta pelo modo psicossocial, no qual o sofrimento mental não é um fenômeno individual, mas que envolve e que ocorre em pessoas que se relacionam, dando uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica para as intervenções de saúde. O objeto do trabalho é o sujeito em todas as suas dimensões, e a equipe trabalha interdisciplinarmente para o alcance da promoção da saúde mental do objeto usuário (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011)

Os CAPS, como dispositivos estratégicos de cuidado em saúde mental, onde as práticas terapêuticas devem ser inovadoras, deve se constituir em uma trajetória flexível com o objetivo de enriquecer a existência do usuário. O usuário é o protagonista da sua vida e de seu tratamento. Deste modo, o CAPS funciona como construtor de condições para que este sujeito participe de forma efetiva das trocas sociais. Assim, a equipe multidisciplinar objetiva tornar o tratamento/reabilitação viável, operando com conteúdos que ultrapassam as técnicas profissionais tradicionais, tais como atividades sem foco ao processo terapêutico e às necessidades das demandas, grupos tratados de forma individual pelos profissionais de diversas áreas. Para viabilizar esse processo terapêutico ambicioso, torna-se necessário romper com diversos paradigmas, onde o conceito de doença mental é distorcido, e os indivíduos acometidos possuem a necessidade do isolamento e de uma reeducação para uma suposta normalidade (ABUHAB, 2008).

Estes centros podem ser um encontro marcado com a amizade, entendendo-a como um exercício político, de qualidade e efetividade de um processo no qual trabalham novos agenciamentos, novas conexões, novos encontros e novas possibilidades. É possível um modo menos endurecido de trabalho na saúde mental, no qual as pessoas colocam-se em relação com as outras, formando coletivos criativos de devir afetivo, fortalecendo o tratamento e o objetivo de reinserção social (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

A possibilidade de mudanças e de um novo processo terapêutico, ou processo de reconstrução, o exercício pleno da cidadania e o trabalho e a rede social constituem-se parte importante do processo de reabilitação. A reabilitação é considerada uma necessidade do indivíduo e uma exigência ética dos profissionais

envolvidos no tratamento. Há maior implicação do que passar um indivíduo de um estado de incapacidade para um estado de capacidade, pois o projeto terapêutico é interdisciplinar, deve ser construído com base em diversos saberes profissionais que passam a ser responsáveis pela avaliação das condições do usuário. Esta construção é singular, com a formação de vínculo entre equipe de saúde, usuário e família (ALFING et al., 2013). É importante dizer que aprender e conhecer também são processos terapêuticos, assim como o desenvolvimento inovador da autonomia e a liberdade.

As principais finalidades do CAPSad são proporcionar atendimento à população, fornecendo atividades terapêuticas e preventivas. Estas atividades incluem atendimento diário aos usuários, dentro da lógica de redução de danos, gerenciamento dos casos, serviços de desintoxicação ambulatorial, atendimento aos familiares e ações conjuntas aos usuários e familiares. Os CAPSad, estão configurados como os equipamentos de saúde mental capazes de impulsionar o cuidar focado na reabilitação psicossocial do usuário e famílias, ligando estas ações a reinserção social para introdução deste pacientes no mercado de trabalho (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Os CAPSad possuem um importante papel na recuperação dos usuários e, neste sentido, buscam oferecer serviços dentro de uma nova lógica de saúde, apresentando-se como instituições abertas e regionalizadas. Esses serviços oferecem novos tipos de cuidado aos pacientes que possuem sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional, condições psicossociais do usuário, e não apenas nos diagnósticos psicopatológicos e medicações utilizadas pelos usuários (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

3.3 DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O uso abusivo de drogas, lícitas e ilícitas, atualmente, é um dos grandes problemas de saúde pública. No Brasil, o percentual de pessoas que fizeram uso de algum tipo de droga ilícita durante a vida é de aproximadamente 19,4% e, quando se fala em uso de álcool, a estimativa chega a 68,7% (BEDIN ZANATTA; GARGHETTI; LUCCA, 2012).

A história do uso e da fabricação de drogas é parte constituinte da própria história da humanidade. Nas últimas décadas, porém, em função do aumento

elevado do uso de substâncias psicoativas, transformou-se em problema mundial de saúde pública de largas dimensões (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Acompanhando o sentido histórico, Santos e Pontos (2003), trouxeram a contextualização histórica do uso abusivo de álcool e drogas com o passar das décadas destacando os períodos mais relevantes, o histórico completo pode ser visualizado no Apêndice A:

4000 A.C. Os chineses são, provavelmente um dos primeiros povos a usar a maconha. Fibras de cânhamo descobertas no país datam dessa época

3500 A.C. Os sumérios, na Mesopotâmia, são considerados o primeiro povo a usar ópio. O nome dado por eles à papoula pode ser traduzido como "flor do prazer"

2100 A.C. Médicos sumérios receitam a cerveja para a cura de diversos males, segundo inscrições em tabuletas de argila

Século 11 Hassan Bin Sabah funda a Ordem dos Haximxim, uma horda de guerreiros que recebia, em sua iniciação, uma grande quantidade de haxixe, a resina da Cannabis

1492 O navegador Cristóvão Colombo descobre os índios usando tabaco durante suas viagens ao Caribe

Século 16 Américo Vespúcio faz na Europa os primeiros relatos sobre o uso da coca. Com a conquista das Américas, os espanhóis passam a taxar as plantações

Século 16 Durante a expansão marítima para o Oriente, os portugueses adotam a prática de fumar ópio

Século 19 Surgem os charutos e cigarros. Até então, o tabaco era fumado principalmente em cachimbos e aspirado na forma de rapé

1845 O pesquisador francês Moreau de Tours publica o primeiro estudo sobre drogas alucinógenas, descrevendo seus efeitos sobre a percepção humana

1850-1855 A coca passa a ser usada como uma forma de anestesia em operações de garganta. A cocaína é extraída da planta pela primeira vez.

1874 Com a mistura de morfina e um ácido fraco semelhante ao vinagre, a heroína é inventada na Inglaterra por C.R.A. Wright

1884 O uso anestésico da cocaína é popularizado na Europa. Dois anos depois, John Pemberton lança nos EUA uma bebida contendo xarope de cocaína e cafeína: a Coca-Cola. A cocaína só seria retirada da fórmula em 1901

1898 A empresa farmacêutica Bayer começa a produção comercial de heroína, usada contra a tosse

1905 Cheirar cocaína torna-se popular. Os primeiros casos médicos de danos nasais por uso de cocaína são relatados em 1910. Em 1942, o governo dos EUA estima em 5.000 as mortes relacionadas ao uso abusivo da droga

1914 A cocaína é banida dos EUA

1930 Num movimento que começa nos Estados Unidos, a proibição da maconha alcança praticamente todos os países do Ocidente

1943 O químico suíço Albert Hofmann ingere, por acidente, uma dose de LSD-25, substância que havia descoberto em 1938. Com isso, ele descobre os efeitos da mais potente droga alucinógena

1950-1960 Cientistas fazem as primeiras descobertas da relação do fumo com o câncer do pulmão

1965 Alexander Shulgin sintetiza o MDMA em seu laboratório. Ao mastigá-lo, sente "leveza de espírito" e apresenta a droga a psicoterapeutas

Anos 70 O uso da cocaína torna-se popular e passa a ser glamourizado. Nos anos 80, o preço de 1 Kg de cocaína cai de US\$ 55 mil (1981) para US\$ 25 mil (1984), o que contribui para sua disseminação

Década de 80 Surge o crack , a cocaína na forma de pedra. A droga, acessível às camadas mais pobres da população tem um alto poder de dependência

1984 A Holanda libera a venda e consumo da maconha em estabelecimentos específicos - os coffee shops

2001 Os EUA dão apoio financeiro de mais de US\$ 2 bilhões ao combate ao tráfico e à produção de cocaína na Colômbia

2003 O governo canadense anuncia que vai vender maconha para doentes em estado terminal. É a primeira vez que um governo admite o plantio e comercialização da droga. (SANTOS; PONTOS, 2003).

Seguindo o contexto histórico, por volta do século XIX, surgiram as teorias gerais da motivação que afirmavam que o comportamento dependente resultava de “instintos subconscientes”. Mesmo assim, nenhuma dessas teorias conseguia explicar de forma adequada todos os elementos envolvidos na dependência de substâncias, incluindo os aspectos psicológicos e neurobiológicos. Foi no início da década de 1940, que surgiu uma nova explicação para a dependência, abrangendo conceitos da Psicologia e da Psiquiatria. Essa teoria foi chamada de “teoria do reforço” (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Segundo tal teoria, o termo reforço refere-se a um estímulo que fará com que um determinado comportamento ou resposta repita-se, devido ao prazer que causa (reforço positivo), ou ao “desprazer” ou desconforto, que alivia (reforço negativo). Como o abuso de drogas aumenta a liberação de uma substância neurotransmissora – a dopamina - que causa uma sensação de prazer, as pessoas podem fazer uso de drogas porque querem sentir uma sensação de bem-estar, de alegria (reforço positivo). Mas, elas também podem usar drogas porque estão tristes, deprimidas ou ansiosas e querem aliviar estas sensações ruins. Neste caso, procuram na droga o reforço negativo. Esta propriedade reforçadora da droga, causando prazer ou aliviando sensações ruins, aumenta as possibilidades de reutilização da droga, aumentando a chance de tornar-se dependente químico (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A dependência química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa. Os agentes psicoativos atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido dessa substância, originando a dependência química e psicológica (MALBERGIER, 2005).

De acordo com o CID-10 (Classificação Internacional das Doenças 10ª edição), 1994, há seis diretrizes, sendo que três ou mais podem estar presentes para que o diagnóstico de dependência química seja confirmado: 1. Forte desejo ou compulsão para utilizar substâncias químicas; 2. Dificuldade em controlar o comportamento de uso de substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo; 3. Síndrome de abstinência quando o uso da substância for suspenso ou for reduzido; 4. Evidência de tolerância, necessitando doses crescentes para alcançar efeitos originais; 5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos para favorecer o uso de substâncias psicoativas e 6. Persistência no uso da substância, mesmo apresentando evidências claras de consequências nocivas.

Existe a persistência no uso da substância, mesmo apresentando evidências claras de consequências nocivas. Desta forma, os prejuízos provocados pelas drogas podem ser classificados em agudos ("overdose") ou crônicos, que produzem alterações e efeitos prolongados e, por vezes, irreversíveis. De modo geral, todas as substâncias psicoativas usadas de maneira abusiva podem desenvolver risco aumentado de acidentes e da violência, pelo fato do instinto de autopreservação encontrar-se distorcido (MARQUES; CRUZ, 2013).

Acredita-se que exista uma predisposição individual relacionada a aspectos fisiológicos e psicológicos, que possam levar um indivíduo a se tornar um usuário de substâncias psicoativas. Estudos neste sentido apontam diversas hipóteses. Graeff e Guimarães (2005) afirmam que a dependência não ocorre de forma imediata, mas que ela passa por fases do início do uso até a dependência extrema. Neste processo, levam-se em consideração as combinações de fatores biopsicossociais e genéticos.

Alguns fatores que devem ser levados em conta dizem respeito à família. Quando relacionamos a história de vida dos usuários de álcool e drogas, são comumente encontradas evidências de que o ambiente familiar é considerado instável, apresenta alguma forma de rejeição, incompreensão, desconfiança e indiferença. Os índices da estrutura familiar conturbada se mostram altos, no entanto a percepção dos usuários sobre o que os poderia ter levado ao consumo de drogas e álcool está apontado para outros fatos. Assim, podemos observar que duas importantes forças podem influenciar para o indivíduo se transformar ou não dependente destas substâncias. De um lado, a influência maciça do ambiente

familiar, e do outro, o suporte social que a comunidade e a sociedade oferecem aos indivíduos (TULLER et al., 2009).

Neste sentido, as políticas de saúde têm suscitado o surgimento de diversas instituições substitutivas para tratar dessa questão de saúde mental. Atualmente, as assistências de saúde mental, no Brasil, são fortalecidas com diversas instituições governamentais que atuam no combate e na prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Algumas delas: SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas), OBID (Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas), CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas), FUNAD (Fundo Nacional Antidrogas), SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), além de inúmeras instituições não-governamentais (AGUIAR, 2011).

No intuito de reforçar a proteção ao usuário e de promover um planejamento estratégico de combate ao crack e outras drogas, o ministério da saúde sanciona o decreto N° 7.179 em 20 de maio de 2010, o qual institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e cria o seu próprio Comitê Gestor. Dentre as regulamentações, o decreto visa à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas, em que o tratamento e enfrentamento devem ser ações descentralizadas e integradas, desenvolvidas pelos governos federal, estadual e municipal, dando ênfase à intersectorialidade, à interdisciplinaridade, à integralidade, à participação de toda a sociedade civil e ao controle social (BRASIL, 2010). No que se refere ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas, o SENAD afirma que é dever do Estado estimular, garantir e promover ações que incluam a sociedade no sentido de assumir, de maneira responsável e ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social dos usuários, recebendo apoio técnico e financeiro, forma descentralizada como prevê o decreto N°-7. 179/2010, já citado, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, e também pelas organizações não governamentais e entidades privadas (BRASIL, 2013).

Segundo o mesmo órgão, o acesso às diversas modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser devidamente identificado, qualificado e garantido de forma que o processo seja contínuo para que os esforços disponibilizados estejam à disposição de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares. As ações que visam o tratamento, recuperação,

reinserção social e ocupacional devem estar vinculadas a pesquisas científicas, para que sejam avaliadas e incentivadas e para que ocorra a multiplicação daquelas cujo o resultado tenha sido mais efetivo, garantindo o ganho de recursos técnicos e financeiros, promovendo, assim, o aprimoramento das práticas assistenciais de cuidado e pesquisas (BRASIL, 2013).

De acordo com Zaleski et al (2006), os modelos terapêuticos para o tratamentos de dependência de álcool e outras drogas podem ser abordados da seguinte forma:

- a) **tratamento integrado e organização de serviço:** a abordagem integrada é utilizada para pacientes comórbidos (pode ocorrer quando houver doenças que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças) dando ênfase a estratégias para aumentar a aderência ao tratamento, persuasão acerca da relação entre abuso de substâncias e transtorno psiquiátrico. Tal categoria possibilita aos profissionais organizar o serviço de forma a compreender melhor as necessidades dos usuários e desenvolver melhores métodos para lidar com estes pacientes;
- b) **tratamento psicoterápico:** estabelece um elo entre o terapeuta, usuários e familiares capaz de promover mudanças em seus comportamentos e aumentar as possibilidades de aderência à terapia proposta. A psicoterapia tem demonstrado grandes avanços e efetividade nos tratamentos da dependência de álcool e outras drogas;
- c) **tratamento farmacológico:** utilizado em larga escala, este tratamento implica na utilização de fármacos para a contenção de sintomas tanto na fase aguda como crônica.
- d) **redução de danos:** conjunto estratégico de medidas de saúde pública voltados à diminuição das consequências adversas do uso abusivo de álcool e outras drogas. Tais medidas trazem alternativas de uso que apresentem menores riscos e danos para os usuários e para a coletividade.

É válido ressaltar que o tratamento em dependência de álcool e outras drogas varia de acordo com a instituição e devem atender de modo amplo as necessidades do paciente. Assim, as terapias podem ser associadas ou utilizadas individualmente. Sabe-se que em saúde mental as terapias farmacológicas e psicoterápicas associadas possuem um bom grau de efetivação do tratamento. A escolha sobre o

melhor tratamento para o usuário deve ser discutida em equipe multidisciplinar, atendendo a singularidade do usuário nas diversas áreas de saúde e que colaborarão com o desenvolver do tratamento.

3.4 INDIVÍDUOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO EM DECORRÊNCIA DO ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O crescente e descoordenado crescimento do uso abusivo de substâncias psicoativas no mundo está contextualizado através das características do mundo moderno, onde ocorrem mudanças de costumes e valores no cotidiano, principalmente no que se refere ao comportamento. Assim, o fenômeno comportamental, as repercussões sociais, físicas, biológicas e psicológicas do indivíduo e no meio familiar onde inserido, constituem-se em um considerável problema de saúde pública (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

O uso abusivo de substâncias psicoativas consiste, muitas vezes, em uma alternativa encontrada pelo indivíduo para lidar com seus problemas, com o estresse gerado pelo ambiente familiar e por diversos motivos que possam gerar transtornos em sua vida cotidiana. O estresse familiar pode ser consequência de distorções na expressão de afeto, disfunções no estabelecimento de limites e/ou no desenvolvimento de papéis no âmbito familiar (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

Assim, o uso abusivo de drogas assume uma forma de lidar com situações problemáticas que são fenômenos complexos que podem ser compreendidos através da análise do contexto familiar, sociocultural e levantamento dos fatores de risco e de proteção que darão suporte às ações efetivas de caráter preventivo existentes nas redes de apoio. A psicopatologia e o sofrimento psíquico são formas de classificar e compreender estes fenômenos. (SOUZA; KANTORSKI, 2009). O uso abusivo de outras drogas e álcool são um dos grandes geradores de sofrimento psíquico e adoecimento mental, por causar dependências tanto químicas como psíquicas.

As questões e compreensão da saúde mental e sofrimento psíquico são assuntos ainda muito delicados para nossa sociedade. As pessoas pouco comentam sobre o assunto, ou por descaso ou por falta de informação. Alguns fatos ocorridos na sociedade são ignorados, não existe uma definição por parte da sociedade sobre os transtornos mentais. O sujeito em sofrimento psíquico pode mobilizar e interferir

na estrutura familiar, angustiando e causando sofrimento aos que estão a sua volta. Diferentemente de uma patologia palpável e facilmente visualizada, o sofrimento psíquico não pode ser visto através de diagnósticos por imagem; ele é compreendido a partir das diferentes sintomatologias, é um sofrimento impossível de delimitações simples. (JANUARIO; TAFURI, 2009).

Consideramos os desvios de comportamento qualquer conduta que se diferencie do que é socialmente aceitável, mas que nem sempre representa uma entidade nosológica. Muitos desses desvios comportamentais são considerados, atualmente, transtornos mentais, gerando um processo de medicalização para esse tipo de conduta. Existe nos tratamentos dos sofrimentos psíquicos um excesso de medicalização, que nos permite ver apenas o que não é agressivo aos olhos da sociedade. Hoje parece ser mais importante conter os sofrimentos do que compreendê-los (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

A medicação é, atualmente, indicação prioritária das intervenções psiquiátricas. Está diretamente associada a procedimentos diagnósticos descritivos, que possuem base no discurso científico, bem como leva em consideração a socialização do discurso médico estabelecida pela mídia e as campanhas de marketing financiadas pela indústria farmacêutica. Podemos observar uma ênfase no paradigma do discurso médico na produção de verdade sobre o sofrimento psíquico e sua real natureza. A psiquiatria clássica está voltada para os fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, esquecendo-se da enigmática proposta da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso das medicações (GUARIDO, 2007).

Existe uma inversão na lógica atual de construção diagnóstica. O remédio participa da nomeação do transtorno e da lógica de tornar o sofrimento psíquico palpável socialmente. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade da sintomatologia do transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade aos diagnósticos. O caráter experimental da administração de medicamentos pode ser acompanhado nos procedimentos médicos atuais, bem como a mudança dos diagnósticos pela variação dos sintomas apresentados em certo espaço de tempo (GUARIDO, 2007).

Vive-se um momento de desafios favoráveis à implementação de mudanças em saúde mental, que vão das práticas assistenciais, permeando a organização da rede de serviços, aos conteúdos curriculares no âmbito da saúde, mediante processos pactuados inter e transdisciplinarmente, em todas as áreas de assistência referentes à saúde mental. Entretanto, existem dificuldades no desenvolvimento de estratégias participativas e de corresponsabilização do cuidador familiar e da sociedade (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009).

Reconsiderar as diversidades e os ajustamentos vivenciados, de natureza multifacetada e singular para a sustentabilidade de cada relacionamento familiar e social torna-se uma proposta cada vez mais inovadora. Por vezes, o familiar cuidador, quando estimulado a relatar suas dificuldades, passa a lamentar os percalços em procurar, avaliar e encaminhar o indivíduo em sofrimento psíquico aos serviços especializados e conduzi-lo a assistências por profissionais de saúde. Além disso, os cuidadores lidam com situações extremas de negociação e crise, remetendo a dificuldades de toda natureza, frequentemente geradoras de conflitos intra e extrafamiliares pautados em incertezas, inverdades, sofrimento e em uma sociedade preconceituosa e moralista (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009).

Os indivíduos em sofrimento psíquico, nas suas mais variadas formas, necessitam de olhar amplificado da saúde em toda singularidade. A continuidade do cuidado pode definir uma melhora significativa no quadro e pode modificar o resultado final do processo terapêutico. Neste sentido, é função dos profissionais da saúde envolverem os familiares e sociedade, de forma positiva e terapêutica, no cuidado a esses indivíduos, buscando a integralidade da assistência em saúde mental e maior efetividade do sistema.

3.5 CONSULTA DE ENFERMAGEM COM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

A construção de um instrumento de consulta de enfermagem objetiva documentar as informações específicas de forma objetiva, científica e compreensiva. Assim, quando se pensa na qualidade nos serviços prestados em saúde mental, surge a necessidade de discutir estratégias de atenção que deem suporte à enfermagem, para que se possa atender às necessidades e exigências dos usuários em todas as suas dimensões. Permitir ao enfermeiro a identificação de diagnósticos de enfermagem e, em consequência, determinar ações de enfermagem gerando

uma assistência de melhor qualidade (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012). Em saúde mental, os instrumentos devem conter informações objetivas, porém devem possibilitar, também, que o indivíduo em tratamento possa se manifestar de acordo com as suas necessidades.

Na área de saúde, o enfermeiro torna-se o profissional que, cada vez mais, vem sendo requisitado a desenvolver funções gerenciais em diversos níveis de atenção à saúde, principalmente nas questões referentes à saúde coletiva. Os enfermeiros, ao desenvolverem funções gerenciais, vêm enfrentando diariamente situações diversas e adversas, que necessitam de tomada de decisão, por isso necessitam cada vez mais informações que, muitas vezes, são conseguidas por processos avaliativos. Este processo na saúde surge rodeado de grande importância, pois quando consideramos as ações de saúde estas podem afetar de modo direto o homem (PETERLINI; ZAGONEL, 2010).

O processo de enfermagem constitui-se de um método divulgado e aceito de forma ampla para a categoria profissional e tem sido constantemente implementado como método científico para orientar e qualificar a assistência de enfermagem. O processo de enfermagem tem sido caracterizado como uma forma de sistematizar e dinamizar a prestação dos cuidados de enfermagem e é constituído por cinco etapas interligadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (POKORSKI et al., 2009). É regulamentado pela resolução cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

Entretanto, a flexibilidade e a criatividade no desenvolvimento e durante a aplicação da consulta são os diferenciais que contribuem para a prática profissional do enfermeiro. Através de um diagnóstico de enfermagem adequado, torna-se possível e viável a utilização de diversos mecanismos de intervenção como a escuta, o acolhimento e o vínculo, que, desta forma, fortalecem o processo terapêutico entre profissional e usuário (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013). Neste sentido, espera-se que o profissional busque estratégias que favoreçam a identificação diagnóstica, como por exemplo, o desenvolvimento de instrumentos. A produção de instrumento auxiliaria a tomada de decisão relacionada às ações assistenciais de cuidado e gerenciais de enfermagem, por possibilitar uma avaliação sistemática do paciente, bem como do serviço prestado.

O diagnóstico de enfermagem constitui-se forma integrante e fundamental do processo de enfermagem, e deve ser considerado e tratado como uma fonte de conhecimento científico para os profissionais da área. O diagnóstico de enfermagem torna-se fundamental para o desenvolvimento e planejamento da assistência ao paciente em todas as etapas do processo terapêutico.

As publicações sobre o diagnósticos de enfermagem se tornaram visíveis em meados da década de 1990, quando foi identificada grande preocupação em aprimorar e tornar legítimos os diagnósticos descritos pela Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e em aumentar sua capacidade de abrangência pelos enfermeiros (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Os diagnósticos de enfermagem e as prescrições por ele gerados são instrumentos que implementam o trabalho de enfermagem, auxiliando os enfermeiros a identificar respostas para as problemáticas oriundas do processo saúde- doença.

Assim, a gerência de enfermagem, por conviver com diversas dimensões das propostas e projetos de saúde, necessita dispor de instrumentos que possibilitem a sustentação e intervenham adequadamente nos planos de ação técnica, ética, organizacional e política, que constituem funções do enfermeiro no desenvolver desse trabalho. Um dos instrumentos apontados como necessários é a avaliação, que se constitui como instrumento básico e essencial para a prática profissional do enfermeiro. Entende-se por instrumentos, os recursos utilizados para se alcançar um objetivo ou conseguir determinado resultado (PETERLINI; ZAGONEL, 2010), possibilitando reflexões e mensurações acerca das necessidades do serviço e do enfermeiro durante o enfrentamento do cotidiano.

Deste modo, a realização da consulta de enfermagem permite ao enfermeiro a possibilidade de identificar situações problemáticas e potencialidades do usuário, focando sua assistência às necessidades identificadas, possibilitando estabelecer um raciocínio clínico, determinação do diagnóstico e intervenções de enfermagem para cada usuário, desempenhando esse conjunto de ações com maior cientificidade o que confere maior credibilidade perante a equipe multiprofissional e o usuário (SILVA et al., 2010). A consulta de enfermagem possibilita uma visão holística sobre as situações e tem como objetivo produzir cuidado singular para saúde do usuário.

Surge a necessidade, nos serviços de saúde, de uma urgente reflexão sobre o papel do enfermeiro no que se refere às ações de supervisão. Entende-se que a

realidade vivenciada nos serviços de saúde pelos enfermeiros é agregada em multifunções, sendo a supervisão e a avaliação frequentemente aplicadas de maneira empírica, assistemática, generalizada e, por muitas vezes, protelada em razão de outras atividades que sobrecarregam o exercício desse profissional (SANTIAGO; CUNHA, 2011).

Apesar da deficiência na utilização ou da não utilização de instrumentos de avaliação e de supervisão em enfermagem, encontra-se na enfermagem um ponto de destaque para a detecção precoce e, conseqüentemente, para a resolução de problemas dos pacientes e na melhoria dos serviços. A enfermagem possui um aspecto administrativo que pode ser utilizado como força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e dos materiais disponíveis para a organização (SANTIAGO; DA CUNHA, 2011). A produção de instrumentos na enfermagem vem corroborar para tornar possível o desenvolvimento de um programa de trabalho ideal, eficiente e eficaz, que vise atingir um nível de excelência no desempenho da assistência de enfermagem.

4 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO - A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ

Alfred Schutz nasceu em Viena, em 1899, na Suíça. Aos 18 anos, foi enviado ao campo de batalha, na fronteira italiana. O retorno doloroso a um império em crise o fez optar pela academia de direito, concluída no final de 1921. Posteriormente, iniciou em um emprego de consultoria em uma empresa bancária, substituindo seus projetos anteriores - ele desejava tornar-se maestro de orquestra ou escritor. Sua carreira como consultor econômico consolidou-se, fez especialização em direito internacional na faculdade, permitindo-lhe produzir relatórios e análises sobre a situação político-econômica da Europa central, fazendo parte do jornal *Neue Freie Presse*. Em 1929, foi contratado pelo banco privado Reitler, onde assumiu funções que o levaram a viajar pelo continente, construindo uma reputação de analista econômico. No entanto, o desenvolvimento seguro de sua vida profissional era acompanhado pela subida ao poder do nazismo e do antissemitismo, e pela crise econômica e política que ameaçava todo continente (CASTRO, 2012).

Pode-se dizer que a obra de Schutz sofreu influência direta da fenomenologia husserliana e da sociologia compreensiva weberiana. A influência de Weber consolidou a fenomenologia de Schutz. A princípio, por sua teoria dos *tipos ideais*, reconhecendo sua disposição verdadeira em tudo saber e por sua capacidade inexorável de, em Viena ao menos, provocar. Schutz instalou-se em Viena no verão de 1918, conseguiu problematizar os meios intelectuais locais com seu relativismo e conquistar um público formado por milhares de jovens intelectuais, dentre os quais Weber (CASTRO, 2012).

Shutz se dedicava à vida profissional de bancário e à vida intelectual e entre os anos de 1932 a 1937 publicou apenas algumas notas críticas. Quando houve uma intensificação da situação política da Áustria com a implantação de uma ditadura fascista, Schutz encontrava-se em Paris a serviço e conseguiu trazer sua família para esta cidade onde permaneceu a serviço da mesma empresa. Com a invasão da Polônia, no dia 1º de setembro, e a declaração de guerra da França e da Inglaterra contra a Alemanha, obrigaram Schutz a optar pelo exílio americano. Instalou-se com a família em Nova York e, continuando a trabalhar no banco Reitler, dedicou-se a estudar a sociologia norte-americana. Posteriormente as estes fatos

Alfred Schutz foi convidado a ministrar aulas em algumas universidades e em 1950 passou a dedicar-se com mais ênfase a academia (CASTRO, 2012).

A fenomenologia surge em um momento de grandes transformações socioculturais, em meio a uma grande produção intelectual e de expansão das ciências humanas. Neste contexto surge Husserl apresentando uma nova concepção de subjetividade que transcende, ultrapassa, o conteúdo psíquico real. Propondo uma análise do fenômeno vivido, excluindo qualquer paradigmas preexistentes, justificando assim: "... volta às coisas nelas mesmas..." Assim, a fenomenologia orienta-se com base nas coisas, interrogando -as na sua essência, deixando de lado qualquer preconceito (CAPALBO, 1996, p. 30). Segundo Capalbo (1984, p. 135):

Husserl caracteriza as investigações fenomenológicas pela discussão e esclarecimento da estrutura da consciência. Para ele, consciência é ato que está sempre voltado para algo; para o mundo exterior, para as coisas, para os outros homens, para si mesmo ou para seu ego, para ação que o homem executa sobre o mundo. Agrupa também os atos da consciência em intelectuais, afetivos e práticos. E estes atos estão interligados na existência do homem.

Para a fenomenologia social, o relevante é investigar não o comportamento de cada indivíduo de modo isolado, mas o que constitui uma característica típica, que se refere a questões práticas de ordem espaço-temporal, de um determinado grupo social que está vivenciando aquela situação de comportamento (SCHUTZ, 1979).

Schutz desenvolve inúmeros conceitos durante sua trajetória na fenomenologia social, mas para o desenvolvimento desta pesquisa foram selecionados alguns para maior aprofundamento, são eles: mundo da vida cotidiana, ação social, *motivos-para*, os *motivos-porque*, tipificação, o conhecimento à mão e a situação biográfica determinada.

Para Schütz, segundo Capalbo (1979), o mundo da vida é subjetivo, ligado desde o início das nossas ações nele exercidas, pois tais ações nos colocam em relação uns com os outros. O nível mais essencial dessas relações cotidianas acontece na situação face a face. É assim que a intersubjetividade aparece em toda sua densidade, complexidade e singularidade onde os outros nos surgem em sua unidade e em sua totalidade.

Segundo Panizza (1981, p. 130), Schütz define ação como “[...] a conduta humana projetada pelo agente de maneira autoconsciente; ela se origina na consciência do agente, por isso pode ser latente ou manifesta, projetada ou dotada de propósito.” A ação está intimamente ligada ao projeto no qual ela vai ao encontro de seu significado, então para Schütz, ela terá dois tipos distintos de motivos: os “motivos- para” que configuram o tempo futuro, e os “motivos porque” que são relacionados ao passado.

A Enfermagem tem como ação social desenvolver o cuidado de pessoas, tal ação envolve atos, comportamentos e atitudes que estão intimamente relacionados ao processo saúde-doença. A realização dos atos é desenvolvida conforme as necessidades das pessoas e situações de cuidado que estas estão envolvidas e com depende do vínculo estabelecido (JESUS et al., 2013). As ações de enfermagem devem respeitar os limites imposto pelo paciente e saber utilizar dos mesmos para transformar a relação, favorecendo o cuidado ao paciente e sua família.

No que se refere aos *motivos-para*, Schütz (1976, p. 11) afirma que estes motivos referem-se ao futuro e são idênticos ao objetivo ou ao propósito da realização e para o qual a ação passa a ser um meio. Desta forma ação é determinada pelo projeto, e este é o ato intencional, imaginado e idealizado como realizado. Para Schütz (1962, p. 71):

[...] o *motivo-para* se refere a atitude do ator vivenciando o processo de sua ação em desenvolvimento. É assim, uma categoria essencialmente subjetiva e revelada ao observador somente quando este pergunta qual o significado que o ator confere à sua ação.

Ao identificar os *motivos-para*, os quais estão relacionados com as expectativas futuras dos sujeitos, espera-se capturar as motivações dos envolvidos no que se diz respeito ao seu tratamento. Será buscado compreender estes motivos e interpretá-los para que se possa dar voz e expressar as necessidades expressas dos usuários envolvidos, podendo assim, quem sabe, modificar o seu tratamento tornando-o mais efetivo e satisfatório tanto para os usuários como para a equipe envolvida no tratamento.

Já os “motivos-porque” são referentes as ações refletidas a partir de um ato concluído, referem-se ao passado. As experiências passadas influenciaram o

indivíduo agir daquele modo, correspondendo à reflexão, a vivências do passado. Para Schütz (1962, p. 72):

O motivo-porque genuíno [...] é uma categoria objetiva, acessível ao observador que deve reconstruir a partir do ato concluído, a atitude do ator em relação ao seu ato. Somente quando o ator se volta para seu passado, e assim se torna um observador de seus próprios atos, que ele poderá captar o motivo-porque genuíno de seus próprios atos.

Ao possibilitar que os sujeitos possam falar sobre suas motivações, permitimos que assim ocorra a exteriorização de suas intenções, que podem ser captadas pelo profissional enfermeiro durante o desenvolvimento da consulta de enfermagem. Buscar a compreensão intersubjetiva, por meio do entendimento dos motivos da ação dos pacientes embasada nas experiências, permite ao enfermeiro o entendimento na íntegra da relação social desse sujeito. Assim, a leitura cuidadosa e a análise crítica dessas falas permitem a identificação e a descrição dos significados das ações dos pacientes compreendendo, desta forma, o fenômeno investigado (JESUS et al., 2013)

Neste sentido, Capalbo (1979) acredita que a noção de subjetivo deve ser compreendida como a ação de relação que inclui a consciência do ator. É desta forma que a análise de Schütz vai ao encontro da subjetividade do ator em relação aos aspectos da consciência que são passíveis de descrição fenomenológica. Assim, é possível que o outro interprete suas vivências, dando-lhe significado, sendo esse significado o sentido para o qual está voltada sua atenção (SCHÜTZ, 1972).

A Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz baseia-se fundamentalmente no vivenciar da experiência, valorizando a experiência, a vivência única na qual somente o sujeito da ação pode dizer o que pretende sentir através da realização da mesma. Toda ação é intencional e possui significado (SCHUTZ, 1979).

Ao referir-se à experiência como base da vivência dos indivíduos, Schutz descreve o conhecimento à mão, construído como um repertório, mas de modo a ir ao sentido oposto, onde as atitudes naturais consistem de um processo de redução. Trata-se da suspensão da dúvida sobre uma realidade que destaca das demais (CORREIA, 2005):

A certeza de que o mundo existe antes de mim e que vai continuar de eu sair sustenta a história dos meus predecessores, a interação com meus contemporâneos e consociados e os projetos que os afetarão e aos meus sucessores. A atitude natural trabalha com a certeza dos agentes quanto a uma realidade exterior a todas as subjetividades, tomando como dado o mundo existente e suas leis. Só assim os agentes podem reproduzir, rotineiramente, as condições dessa realidade, que é apreendida a partir do conhecimento de receitas e comportamentos, entendidos de um modo que permite assegurar a continuidade da ordem social (CORREIA, 2005, p. 38).

Na redução fenomenológica, não se exigem faculdades misteriosas da mente humana, porém, o desenvolvimento da técnica de pôr entre parênteses alguns significados não é simples, pois deve conter a profundidade necessária da experiência. Deve-se pôr em evidência a existência do mundo exterior juntamente com todas as coisas que o constituem, incluindo o convívio com os demais membros sociais, as culturas, a sociedade e as instituições que a formam. Mas o mais importante é nos livrarmos de nossas crenças, do que consideramos como concreto e correto acerca deste mundo e de seu conteúdo, formados dentro da uma esfera mundana (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2007).

Os significados atribuídos a um mundo vivido de modo coletivo e que tem um caráter prático são produzidos biograficamente. Cada indivíduo somente pode ser compreendido a partir de sua história, ou seja, sua biografia, sua contextualização no tempo e espaço que é determinada através de valores e crenças os quais é capaz de compartilhar. A citação biográfica determina que “[...] é a sedimentação de todas as experiências anteriores desse ser humano, organizadas de acordo com as poses “habituais” de seu estoque de conhecimento a mão, que como tais são poses unicamente dele, dadas a ele e a ele somente” (SCHUTZ, 1979, p. 73).

Apesar de o sujeito constituir-se de uma biografia única, encontra-se inserido em um mundo comum a todos os seres humanos. E este mundo existe indiferentemente do sujeito e continuará existindo depois dele, porque parte-se do pressuposto de uma existência material formada por inúmeros elementos da história da cultura. Mesmo cada indivíduo sendo portador de uma biografia diferente, cada uma delas será construída dentro de um mundo formado por todos, mas vivenciados de formas distintas. O sujeito será sempre amparado pela sua biografia vivendo em uma comunidade de pessoas que formarão o Outro. Este Outro é indispensável, pois é graças a ele que a sociabilidade se efetiva através dos atos comunicativos (SCHUTZ, 1979).

Para se chegar à compreensão das expectativas dos usuários será utilizado o referencial da fenomenologia, que segundo Alfred Schutz (1979) é o estudo das essências, a essência da percepção, a essência da consciência. A fenomenologia é uma filosofia que recoloca a essência na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra forma que não seja a partir de sua subjetividade. É uma filosofia transcendental, que põe em suspenso, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural, como uma presença indissociável, e cujo esforço está voltado para reencontrar o contato ingênuo com o mundo.

Existe uma relevância perceptível ao considerar, e tentar compreender, a essência humana durante o desenvolvimento do cuidado das pessoas durante o trabalho de enfermagem. A busca incessante por novas maneiras e métodos de olhar o cuidado justifica a adoção da investigação qualitativa com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz na Enfermagem (JESUS et al., 2013). A enfermagem, quanto ciência, necessita ampliar o olhar aos pacientes de saúde mental para possibilitar o desenvolvimento de um cuidado efetivo nesta área.

5 METODOLOGIA

Neste tópico é apresentado o tipo de estudo escolhido para a pesquisa: tipo de estudo, campo de estudo, sujeitos, coleta e análise das informações.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo fenomenológica. Segundo Minayo (2012) a matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação. E o movimento que informa qualquer abordagem ou análise se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

O verbo principal desta pesquisa é compreender, pois busca exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total.

Respeitando a subjetividade e a singularidade dos indivíduos envolvidos o método fenomenológico se adapta de forma adequada a este estudo. A fenomenologia constitui-se de uma abordagem descritiva, partindo do princípio de que se pode deixar o fenômeno falar por si, desejando dar “voz” aos sujeitos, com o objetivo de alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a experiência significa para as pessoas que estiveram envolvidas com tal experiência e que estão aptas a dar uma descrição compreensiva dela. Destas descrições individuais, significados gerais ou universais são derivados: as “essências” ou estruturas das experiências e do método fenomenológico (HOLANDA, 2006).

Toda ação de pesquisa desenvolve-se em um contexto complexo, crescente, envolvendo vários atores sociais, portadores de papéis, interesses únicos e linguagens diversas. No Brasil, setores favoráveis à reforma psiquiátrica ocupam lugar de destaque na formulação e na condução de pesquisas em saúde mental. Neste sentido, acredita-se ser oportuno incluir neste processo criativo de conhecimento dispositivos criados para a implementação da reforma, que possibilitem aos atores que se encontram à margem do processo participar e tornar visíveis suas vivências. Assim, a utilização da fenomenologia como método de

pesquisa vai ao encontro desta lógica já que permite o abandono de julgamentos, permitindo que o conhecimento possa surgir da experiência do pesquisador, através da essência do sujeito da pesquisa (CARVALHO; CONSTANT VERGARA, 2002; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

O método fenomenológico pratica a hermenêutica, ou seja, a interpretação do fenômeno, para buscar entender e perceber seu significado. A abordagem fenomenológica não se preocupa em estudar objetos e atores sociais de modo isolado, a principal tarefa do pesquisador é compreender como a realidade se constrói por meio da experiência dos sujeitos envolvidos em determinada situação ou com um dado fenômeno (CARVALHO; CONSTANT VERGARA, 2002).

Muito mais que um método de investigação, a fenomenologia científica consiste em uma atitude ou modo de desenvolver o pesquisar, pois este se refere a um pensamento indiscutivelmente filosófico diante dos eventos da vida cotidiana. Isso significa que pensar por meio desta ideologia implica em uma atitude fundamentalmente reflexiva, de profundidade filosófica (CAMATTA et al., 2008).

Em virtude de seu foco na vivência social e do modo de ser, é a metodologia que melhor consegue capturar a essência da experiência interativa humana com os ambientes; a fenomenologia torna-se interessante para analisar as percepções dos participantes dos serviços de saúde mental. O método fenomenológico não estimula os pesquisadores a encontrar uma verdade definitiva para seus problemas de estudo. Busca-se, ao utilizar a fenomenologia, uma abordagem inacabada, na qual o fenômeno investigado sempre poderá ser retomado e visto sob nova ótica. O fenômeno permite um reinício interminável, um enfoque que recusa cristalizações em sistemas acabados e fechados (CARVALHO; CONSTANT VERGARA, 2002).

A construção de conhecimento na fenomenologia possui seu foco não nos fatos, mas nos fenômenos. Neste contexto, este conhecimento encontra-se em permanente construção, pois a fenomenologia remete ao vivido, ou seja, para as experiências humanas e os significados atribuídos a essas vivências (CAMATTA et al., 2008).

É fundamental ressaltar que a cientificidade do método tem embasamento sobre a produção de conhecimento do ser-no-mundo (vivências). Este é, sem dúvida, o caminho que permite à fenomenologia ser, apesar de ainda discreta em alguns espaços acadêmicos, um ramo de produção de conhecimento verdadeiramente científico. Como método de pesquisa, a fenomenologia visa à

descrição da experiência vivida e os significados atribuídos a ela, voltados para o sentido que os sujeitos têm deste fenômeno (CAMATTA et al., 2008).

5.2 CAMPO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no CAPSad III, ligado ao Grupo Hospitalar Conceição, do município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul. Possui uma população estimada de 1.409.351 pessoas, como uma unidade territorial de 496,68 Km² (IBGE, 2010). Pertence à Primeira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme Censo de 2009, conta com 630 estabelecimentos de saúde e 7.566 leitos para internação (IBGE, 2010).

A rede de saúde mental do município de Porto Alegre privilegia três eixos de atenção: a qualificação da Atenção Básica, a ampliação da rede de serviços especializados e a promoção e desenvolvimento da intersetorialidade. A rede de serviços de saúde mental é composta por 4 (quatro) CAPS II - adulto (Cais Mental Centro, Cais Mental Cruzeiro, Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição); 2 (dois) CAPS Álcool e outras Drogas (Grupo Hospitalar Conceição e Cruzeiro); 2 (dois) CAPS Infância e Adolescência (Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Casa Harmonia); programas como GerAção POA Oficina Saúde e Trabalho, Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida, Programa de Redução de Danos, Comunidade Terapêutica PACTO, Plantão de Emergência em Saúde Mental (Vila dos Comerciantes e IAPI); e onze Ambulatórios e Equipes de Saúde Mental nas Gerências Distritais. A porta de entrada para todos os serviços de saúde mental do município, exceto a urgência e emergência, ocorre pela rede de atenção básica (PORTO ALEGRE, 2013).

O CAPSad do GHC iniciou com a implantação do Ambulatório de Saúde Mental no Grupo Hospitalar Conceição. Teve início em 1986, quando foi criado o Ambulatório de Dependência Química. Em 2003, houve a criação de GT para propor uma política de Saúde Mental para o GHC (Portaria 98/04), consolidado em 2004 com a criação CAPSad II que foi o primeiro CAPSad do município de Porto Alegre/RS. Em 2010, foi ampliado transformando-se em CAPSad III (set/2010) – primeiro CAPSad III da região Sul do Brasil (PORTO ALEGRE, 2013). Possui, atualmente, uma equipe composta por 5 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 3

psiquiatras, 1 terapeuta ocupacional, 2 assistentes sociais, 2 psicólogas, 3 administrativos mais 1 estagiária, 2 auxiliares de serviços gerais, 3 vigias, 1 motorista itinerante e estagiários de Enfermagem e Residência Integrada em Saúde – Saúde Mental do GHC.

O CAPSad III possui 6 leitos (03 masculinos e 03 femininos), destinados para acolhimento 24h, por até 14 dias/mês para cada paciente. Oferece 25 grupos e oficinas por semana, com média de 15 participantes por grupo. Reunião de Equipe semanal quando são discutidos os aspectos operativos do serviço e manejo de casos. Atualmente, prestam atendimento para, aproximadamente, 500 usuários. É realizado o atendimento dos familiares de maneira individual ou inseridos nos grupos de apoio. Estes atendimentos são reforçados pelas redes de atenção à saúde que dão apoio às ações realizadas.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 15 usuários em tratamento no CAPSad do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, os quais foram escolhidos por conveniência. Segundo Polit e Beck (2011), amostra por conveniência envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes. Os usuários foram convidados a participar do estudo no próprio serviço. Posteriormente, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do usuário e realizadas no próprio CAPS. A equipe de funcionários do CAPS auxiliou no convite aos usuários e na sua abordagem.

Os critérios de inclusão utilizados para a coleta das informações foram: usuários em tratamento no CAPS com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam em tratamento há, pelo menos, 3 (três) meses, Os Critérios de exclusão adotados foram: usuários com agudização dos sintomas que dificultassem a comunicação verbal no momento da entrevista

5.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de dados iniciou através de uma breve caracterização dos usuários e por meio de uma entrevista semi- estruturada onde as questões orientadoras foram: 1) “Me fale como é o seu atendimento aqui no CAPS?” 2) “Me fale o que você

espera do profissionais enfermeiro durante seu tratamento?” Estas entrevistas foram gravadas através de um gravador de voz digital e, posteriormente, transcritas na íntegra, com mínimas interferências da entrevistadora. Entrevista consta no Apêndice B.

A coleta de dados desta pesquisa ocorreu no CAPS ad III do GHC, localizado no município de Porto Alegre, entre os dias 31 de março e 4 de abril de 2014. A seleção dos sujeitos para a pesquisa foi realizada de acordo com a indicação dos profissionais da equipe, contemplando os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade dos usuários, no próprio CAPS AD, em uma sala fornecida pelos enfermeiros responsáveis pelo serviço. As entrevistas ocorreram após a apresentação da pesquisadora e da leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A caracterização dos sujeitos deu-se através de uma conversa inicial quando os dados fornecidos eram anotados e as duas questões norteadoras deste estudo foram devidamente gravadas e, posteriormente, transcritas.

5.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As falas dos usuários foram classificadas em categorias e subcategorias, sendo elas: **1.Satisfação dos usuários com o CAPS; 2.Atividades desenvolvidas no CAPS; 3.Concepções dos usuários sobre a Enfermagem do CAPS**, como a subcategorização **Expectativas dos usuários quanto ao estabelecimento de vínculo com os enfermeiros.**

As informações coletadas foram submetidas à análise fenomenológica. Para desvelar as vivências expressas nas falas dos usuários acerca do significado do atendimento em saúde mental, foram analisadas as falas conforme indicação de pesquisadores da fenomenologia social, por meio dos seguintes passos (LIMA; TOCANTINS, 2009; MERIGHI, 2002; NASI 2011): 1) realizar a leitura e releituras dos conteúdos das falas, com o objetivo de obter a essência dos significados das interpretações dos usuários sobre o seu tratamento; 2) identificar trechos das falas que representem o significado do tratamento oferecido aos usuários no CAPSad; 3) agrupar os aspectos comuns das unidades de significado, ou seja, as convergências que possibilitem o emergir das categorias concretas acerca das expectativas dos usuários sobre o seu tratamento.

Após a análise fenomenológica das questões norteadoras desta pesquisa, foi desenvolvido um roteiro para consulta de enfermagem que contempla as necessidades identificadas pelos usuários do CAPSad do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

6 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram respeitadas todas as exigências éticas e científicas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi garantido o sigilo e anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) em duas vias, que foram solicitadas no momento da entrevista para os participantes a quem foi entregue uma das vias do termo. Foram fornecido aos sujeitos deste estudo o esclarecimento de todas as dúvidas pertinentes e a garantia de que este estudo não influenciará em seu tratamento, bem como, de que havia a possibilidade do desligamento do participante, em qualquer etapa da pesquisa, se assim este desejar.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS, com o parecer Nº 488.815 com data da relatoria: 11/12/2013 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, com o parecer Nº 604.573-0, com data da relatoria: 19/02/2014 (ANEXO B) via encaminhamento pela Plataforma Brasil. A UNISINOS como responsável e do Grupo Hospitalar Conceição responsável pelo CAPSad, onde se pretende desenvolver este estudo, como coparticipante.

Os benefícios da participação deste estudo estão relacionados com o repensar sobre a atenção à saúde mental disponibilizada aos usuários do CAPS. Os riscos decorrentes da participação do estudo são mínimos, especialmente quanto ao constrangimento de participar de uma entrevista gravada e quanto ao desconforto em falar sobre o seu tratamento. Foi garantido aos usuários o atendimento no próprio CAPS pela equipe do serviço, caso houvesse algum desconforto maior decorrente da participação no estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram entrevistados 15 usuários, identificadas no texto com a letra “E” e o número referente à ordem da realização das entrevistas. As idade variaram entre 60 e 30 anos, perfazendo uma idade média de 44 anos, sendo 12 do sexo masculino. De acordo com o estado civil, nove eram solteiros, quatro divorciados e dois casados. Referente ao grau de instrução dos usuários, cinco possuíam o ensino médio incompleto, dois possuíam o ensino médio completo, quatro tinham o ensino fundamental incompleto, três possuíam o ensino fundamental completo e um encontrava-se cursando o técnico de enfermagem. Os participantes, em sua maioria, era procedentes de Porto Alegre/RS - 11 participantes -, os demais, procedentes de Mostardas, Uruguaiana, Lageado e Rolante, todos municípios do Rio Grande do Sul.

Com relação à profissão dos entrevistados, foram citadas empacotador, motorista, do lar, *barman*, policial militar, técnico em eletrônica, diarista, estudante, torneiro mecânico, supridor de mercado, técnica em enfermagem, vigilante noturno, técnico administrativo, entregador e aposentado. Nenhum dos participantes encontrava-se trabalhando no momento da pesquisa. A maioria possuía auxílio doença, fornecido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) - 12 participantes -, os demais não possuíam nenhum tipo de renda, sendo sustentados pelas famílias.

Os participantes deste estudo, por estarem em tratamento em um CAPSad III são usuários de álcool e outras drogas. O tempo de uso destas substâncias pelos participantes da pesquisa variou entre 8 anos e 32 anos, com tempo médio de uso de 15,6 anos. As drogas utilizadas pelos participantes da amostra foram: um usuário de ló e álcool, cinco utilizavam somente álcool, três associavam álcool, cocaína e crack, três usavam crack, um usava cocaína e crack e um utilizava crack e álcool. Por se tratar de pacientes crônicos e com longo tempo de exposição, o tratamento e o acompanhamento pelo CAPS torna-se longo na maioria das vezes, sendo que para os sujeitos do estudo o tempo de tratamento variou de sete meses a quatro anos, com tempo médio de tratamento de dois anos.

Os CAPS são serviços substitutivos e complementares ao antigo modelo hospitalocêntrico e manicomial, por isso possuem características próprias para a

inserção dos usuários nos acompanhamentos, sendo o acolhimento no serviço em regime de portas abertas, ou via encaminhamento de outros serviços de saúde. Os participantes do estudo relataram que seis foram encaminhados pelos postos de saúde do município de Porto Alegre/RS, cinco vieram de internações em hospitais especializados em saúde mental, dois procedentes de clínicas de reabilitação e dois procuraram o CAPS por indicação de usuários e amigos. O tratamento e acompanhamento de CAPSad III GHC dos usuários do serviço são feitos de acordo com a demanda e necessidade dos mesmos. Geralmente iniciam o tratamento com o acolhimento noturno, categoria esta em que o usuário permanece durante as 24 horas no CAPS, pelo período máximo de 14 dias. Encontravam-se nesta etapa de acolhimento noturno quatro participantes. Os demais participantes da pesquisa encontravam-se nos regimes diários e semanais, sendo que três estavam frequentando o CAPS cinco vezes na semana, seis frequentam três vezes na semana e dois frequentavam ao CAPS duas vezes na semana.

Os nomes de profissionais citados pelos usuários no decorrer das entrevistas foram substituídos por consoantes escolhidas aleatoriamente. Os usuários referem-se, por diversas vezes durante as entrevistas, a seus gerentes de caso que são os terapeutas de referência e os que prestam auxílio durante o tratamento caso haja algum tipo de problema ou interrupção no desenvolvimento do mesmo.

7.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Posteriormente a realização das entrevistas, essas foram transcritas, realizada leitura exaustiva das falas, e início do agrupamento das falas em categorias que subsidiaram a interpretação compreensiva.

A seguir são descritas cada categoria, com a interpretação compreensiva de cada uma delas, utilizando-se a literatura da saúde mental e o referencial de Alfred Schutz.

7.2.1 Satisfação dos usuários com o CAPS

A Organização Mundial da Saúde possui dez recomendações para os serviços de saúde mental, entre estas recomendações está o desenvolvimento de pesquisa e o monitoramento dos serviços, gerando dados para avaliação através de

indicadores de qualidade ao acesso, assistência especializada, qualidade das internações terapêuticas, preventivas e do resultado dos tratamentos. A avaliação de serviços de saúde mental deve ser um processo contínuo, realizado periodicamente, com a finalidade de identificar características da assistência aos usuários que necessitam ser reorganizadas para a melhoria do tratamento ofertado e um aumento na qualidade dos serviços prestados (BANDEIRA et al., 2009).

Mensurar a qualidade e quantidade dos serviços e programas de saúde vem tornando-se cada vez mais imprescindível para que os planejamentos, organizações, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas sejam voltados às necessidades dos usuários. Porém, para se mensurar a qualidade destes serviços e programas de saúde, faz-se necessário o monitoramento e a elaboração de indicadores a partir dos usuários do sistema. (LOPES et al., 2009)

Assim, a inclusão da ótica dos usuários contribui para o aumento da sua satisfação com o tratamento, possibilitando a associação com uma melhor adesão e utilização dos serviços, causando diminuindo na taxa de recaídas e abandono ao tratamento. Neste sentido, a adesão ao tratamento ganha importância quando consideramos os altos índices de abandono ao tratamento nos serviços de saúde mental. Os usuários possuem conhecimentos privilegiados das vivências de um transtorno mental, de seus sintomas, de suas necessidades e, principalmente, das experiências com os serviços de saúde mental, ao unir estes dados dos usuários os serviços de saúde mental podem ser aprimorados. Além de possuírem uma perspectiva única dos profissionais e sobre o serviço, ao observar esses relatos podemos elencar prioridades dos usuários redirecionando os cuidados prestados pelo serviço. Nesse sentido, incluir a perspectiva dos usuários não só fornece informações sobre os resultados do tratamentos como também gera um empoderamento do usuário sobre o seu tratamento afetando positivamente o mesmo (BANDEIRA et al., 2009).

A satisfação dos usuários com os serviços de saúde é de origem multidimensional. O indivíduo pode estar satisfeito com um aspecto do serviço e, ao mesmo tempo, encontrar-se insatisfeito com outros aspectos. Desta forma, o grau de satisfação pode refletir um conjunto de fatores que excedam o âmbito clínico, ultrapassar dimensões como estrutura do ambiente, a assistência e resultados do tratamento (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012). Ao ouvir os relatos dos usuários do CAPSad III referente à satisfação com o serviço, foi possível constatar que os

três aspectos, ambiente, assistência e tratamento, foram contemplados nas falas dos participantes, demonstrando a sua satisfação pelos serviços prestados.

Neste sentido, trazemos o conceito de ambiência para representar a importância do ambiente nesta relação de satisfação. A ambiência se reporta ao espaço físico onde é desenvolvido o tratamento, entendido como espaço de diversas relações interpessoais, familiares, sociais e terapêuticas, que ofereça a possibilidade de uma atenção integral e humanizada. A ambiência nos espaços da atenção em saúde ultrapassa a concepção simples e formal dos ambientes, considera as situações construídas dentro deste espaço. A ambiência possibilita o surgimento de subjetividades, otimiza os recursos do espaço/ambiente, o atendimento humanizado e acolhedor, respeitando a privacidade e individualidade dos usuários (KANTORSKI et al., 2011).

Um aspecto interessante a ser observado durante as entrevistas é que muitos dos usuários citaram as antigas instalações do CAPS que localizavam-se na avenida Sertório. Com a construção do novo local para a instalação do CAPSad III, ocorreram diversas mudanças para os usuários, pois os dois locais são muito diferentes quanto à estrutura física e ambiente. A atual estrutura do CAPS possui várias salas que possibilitam um melhor atendimento nos grupos e oficinas, porém difere do antigo local que possuía uma estrutura externa ampla e arborizada. Segundo Brito, Jesus e Fernandes (2012), o ambiente físico surge como meio ativo e participativo dos processos terapêuticos na área do cuidado, proporcionando o desenvolvimento de estados emotivos positivos em relação às expectativas do tratamento. O ambiente é capaz de transmitir, através de pequenas manifestações, a política de cuidado oferecido pelo serviço de saúde: “Aqui é muito bom, eu tenho acesso aos medicamentos, a comida é ótima, confortável os quartos agora, com ar condicionado, com tudo.” (E11)

Seguindo a análise das falas, Lopes et al. (2009), afirmam que a qualidade e a satisfação demonstram o quanto o serviço e seus resultados vão ao encontro das expectativas dos usuários, tendo em vista que, indiferente do ramo de atuação, o que tem importância é o modo como o usuário avalia o atendimento prestado. Assim, a satisfação com a prestação de serviços em saúde, associada à resolução do problema que levou o usuário até o serviço, comparando e avaliando com o que o usuário deseja e o que ele vivencia, reflete o que ele espera e considera aceitável para o seu tratamento:

É muito bom, melhor que o atendimento que eu tinha lá no hospital. Porque eles tratam bem a gente, eles tratam como se fosse um amigo, como se não fosse parente, é um amigo. (E02)

O atendimento aqui no CAPS é muito bom, de madrugada, eu pelo menos, é bom pra mim de madrugada eu me levanto com fome, eu peço comida pras enfermeira, elas me dão comida, me dão carinho, com todo mundo dos grupos. São muito bom. (E06)

Olha, faz 10 dias, 10 dias que eu tô aqui, eu nunca tinha ficado acolhido aqui né, é a primeira vez e achei maravilhoso, eu, todos sentidos, o atendimento, os colega, o respeito né, os doutores, a enfermagem, as que trabalham no escritório, enfim todos, todos. Eu já me trato aqui há muitos anos mas nunca tinha fica acolhido assim. (E07)

Observa-se nas falas um alto grau de satisfação com os serviços prestados pelo CAPSad, segundo Moimza et al. (2010), em todos os serviços e unidades de saúde observa-se uma grande porcentagem de usuários que consideram o tratamento recebido como bom ou excelente. Esta percepção pode ser originária de um contexto geral, onde uma mesma pessoa pode passar por experiências boas e ruins. Deste modo, o CAPS por se tratar de um serviço substitutivo e possibilitar uma maior liberdade de fluxo que os serviços habituais de assistência a saúde, os usuários sentem-se acolhidos e estabelecem um vínculo com o serviço, que o leva a desconsiderar certos aspectos negativos da assistência prestada.

Ao observar as falas é possível perceber que em algumas delas existem comparações referentes ao tratamento prestado em ambientes e internações hospitalares e o tratamento oferecido pelo CAPS. Nesta comparação os usuários demonstram que no CAPS há uma construção de vínculo com os profissionais que realizam o atendimento, indo ao encontro da finalidade desta modalidade de serviço, que é a de proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas e possibilitar a reinserção do usuário na sociedade.

A pessoa vir aqui no CAPS, principalmente, no hospital eu tive essa atenção também, claro que mais espaçada né porque são muitos pacientes pra eles darem atendimento. (E05)

Sem queixa alguma, o tratamento é muito bom. Eu não conheço nenhum outro, alguma entidade que faça um acompanhamento tão bem feito que nem o CAPS faz, então não tenho o que falar do CAPS, o acompanhamento tanto do, da equipe técnica como da, dos profissionais que trabalham aqui é muito bom. (E10)

Meu tratamento no CAPS ele sempre foi de uma ótima qualidade. Todos os enfermeiros e pacientes que nós temos aqui, que são todos meus amigos e todos sempre me trataram super bem. Então o CAPS ele foi o único local onde me deu uma estabilidade de eu conseguir ficar limpo. (E12)

Pra mim tá sendo muito bom pro meu tratamento. Porque até então eu tive várias internações e eu nunca tinha passado por um CAPS, essa é a primeira vez que eu tô passando por um CAPS e pra mim tá sendo maravilhoso, tá contribuindo muito para meu tratamento” (E13)

O CAPS pra mim é minha estrutura, é minha base de tudo, quando semana retrasada não estava bem, eu sou, eu sou depressiva, né e eu passei uns dias aqui porque eu pedi pra ficar porque eu estava com medo de voltar a beber. Esse é um medo que eu vou ter sempre pro resto da vida. (E15)

Pode-se observar, por meio da análise das falas dos usuários, que a satisfação com o serviço de saúde que estes estão inseridos possuem diversos fatores. Dentre os diversos fatores citados dois aparecem fortemente no decorrer das entrevistas: os relacionados ao atendimento dos profissionais e a ambiência relacionada a antiga sede do CAPSad. É notório que os usuários do CAPSad sentem se acolhidos pelos profissionais e envolvidos pelas atividades desenvolvidas no serviço, fator ligado a possibilidade do CAPS fornecer um atendimento diferenciado aos seus usuários, diferentemente dos padrão hospitalares. Já os fatores ligados a ambiência que os usuários citam são referente a estrutura do serviço, o antigo CAPS possibilitava uma maior liberdade, pois possuía um espaço externo mais amplo e arborizado que o atual local, porém mesmo fazendo crítica ao novo espaço os usuários sentem que o atendimento do CAPSad é o lugar que mais lhe proporcionaram melhora dentro da trajetória que fizeram durante o uso abusivo seja de álcool ou outras drogas.

Durante o processo comunicativo algumas atitudes contribuem para que ocorra uma maior integração e acolhimento entre os envolvidos, assim é importante a forma como o profissional dirige-se ao usuário que está sendo atendido, desde a maneira que o cumprimenta até o quanto ele disponibiliza um atendimento individualizado. Estas são formas que facilitam a aceitação e o acolhimento representando importantes interferências nos resultados terapêuticos (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012). As falas dos usuários corroboram com um estudo que expressa a importância e satisfação com as relações desenvolvidas e criadas com os profissionais do CAPSad. O modo de atendimento prestado pelos profissionais do CAPSad em questão reforçam a importância de um acolhimento e uma escuta realizada de forma efetiva para que os usuários dos serviços de saúde mental

sintam-se amparados para o desenvolvimento de um tratamento adequado onde as vivências são sempre consideradas importantes. (BRITO; JESUS; FERNANDES, 2012):

Muito bom, muito bom, sem reclamação, não tem, eles tratam a pessoa com toda educação, caso se tiver uma consulta, eles ficam até brabo, se a pessoa não vem, não é brabo, é porque a pessoa tá marcando consulta, se a pessoa marca consulta, é pra vim. (E01)

Olha, eu espero que eles sempre estão, na verdade eles sempre estão me ajudando, na verdade, eu não tenho queixa nenhuma de enfermeiras do CAPS, são tudo dedicado, muito mesmo, são pessoas que se a gente precisar falar após as reuniões, após tá aqui, tenho liberdade de chamar eles e eles vão te atender ou vão te mandar tu esperar um pouquinho. (E03)

Olha falando a verdade, pra mim é ótimo, entendeu, muito bom, as palestras assim, com o Dr. X tá muito boa, e quando eu, logo no início, quando eu fiquei, quando eu fiquei internado, já fiquei acolhido duas vezes, eu gostava muito do Y. (E04)

Um dos profissionais citado por diversas vezes durante as falas dos usuários são os profissionais médicos do CAPSad. Desta forma os níveis de satisfação dos usuários sugerem haver relação positiva entre a satisfação e as atividades desenvolvidas pela equipe médica. O esforço demonstrado pelos médicos para resolver os problemas dos usuários está diretamente associado ao sucesso do tratamento, sendo capaz de assim associar a adesão e o sucesso do tratamento, sendo considerada importante também a compreensão das informações médicas para o resultado do tratamento e para a satisfação do usuário (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Sabe-se, no entanto, que os encontros com a equipe de enfermagem são considerados importantes para pressagiar a satisfação dos usuários. É importante enfatizar que a grande maioria das interações realizadas para os usuários ocorre com a equipe de enfermagem, visto que a equipe de enfermagem permanece diariamente ao lado do usuário durante o desenvolvimento do processo terapêutico. Ressalta-se a importância do serviço de enfermagem dentro das instituições de saúde, pela relevância do papel desempenhado e por sua presença diária durante todas as fases do tratamento, influenciando diretamente na satisfação dos usuários (PENA; MELLEIRO, 2012):

Muito bom, dá pra dizer que é bom assim, ajudou bastante, a gente fica tranquilo, as pessoas sabem abordar a gente, como se elas já tivessem, já sabiam o que a gente tá sentindo. (E08)

Olha pra mim tá muito bom, muito bom mesmo, não tenho o que me queixar de nenhum enfermeiro, nenhum doutor ai, tá tudo bem e é isso. (E09)

Bom, assim, meu atendimento aqui é muito bom, eu gosto muito daqui, o pessoal daqui é muito atencioso, são legais com nós, tem todo o apoio que tu precisa, né. (E13)

Observa-se, com a análise desta categoria, que a humanização do atendimento é uma necessidade urgente nos serviços de saúde. Observamos nos estudos de Moimaz et al. (2010), que a falta de envolvimento, de respeito e de atenção por parte dos profissionais são umas das principais causas de insatisfação do usuário. O acesso e o acolhimento são elementos de assistência interdependentes, e é importante estabelecer claramente suas diferenças para melhor analisar como são acolhidos os usuários nos serviços. O acolhimento é uma assistência ampla que não se limita apenas a um tratamento cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário. Aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento. O atendimento humanizado ao usuário cria um elo de segurança que fortifica a ligação entre esse e o profissional, contribuindo significativamente no tratamento do usuário.

No desenvolvimento cotidiano dos CAPS deve-se dar destaque a utilização das tecnologias leves como ferramentas para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Assim o vínculo pode ser utilizado com uma ferramenta agenciadora na interação entre saberes técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, contribuindo para os processos terapêuticos (JORGE et al., 2011).

Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado estabelecida entre usuários e colaboradores do CAPS. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo contribuem no desenvolvimento da autonomia, da responsabilização compartilhada e pactuada os usuários e colaboradores envolvidos nessa terapêutica (JORGE et al., 2011). O vínculo pauta-se na construção de laços afetivos entre profissionais e usuários do CAPS, na qualidade do atendimento, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Além disso, a busca de soluções para os problemas dos usuários com o seu gerente de caso de referência que é uma forma de percepção do vínculo criado entre eles.

7.2.2 Atividades desenvolvidas no CAPS

Os CAPS possuem uma proposta terapêutica diferenciada, que abrangem uma série de atividades, grupos e dinâmicas diversificadas. A criação de todas estas atividades inerentes aos CAPS devem ser desenvolvidas a partir de propostas discutidas e avaliadas por todos os profissionais envolvidos no serviço, usuários e familiares para que possam satisfazer as necessidades dos usuários atendidos naquela região determinada de abrangência do serviço (AZEVEDO; MIRANDO, 2011). Cada CAPS pode criar seus grupos e oficinas de acordo com a demanda da região onde está implantado, podendo proporcionar aos usuários uma maior efetividade nos processos terapêuticos e também pode utilizando os recursos profissionais disponíveis para o serviço.

Segundo a Portaria N. 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece o funcionamento dos CAPS, a assistência prestada aos usuários dos CAPS inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. Os usuários assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, 2002).

A utilização das artes plásticas e as diversas formas de expressão, através do desenvolvimento de algum tipo de arte em forma de oficinas terapêuticas, inseridas no tratamento do CAPS, vem produzindo transformações e melhorias nos processos terapêuticos. A arte é capaz de gerar subjetividades, catalisar afetos, descobrir territórios inexplorados. Destaca-se que o valor da arte na reabilitação está na possibilidade do usuário trabalhar e descobrir novas maneiras de desenvolver potencialidades e, assim, conquistar novos espaços sociais que sejam capazes de reinseri-lo na sociedade. (AZEVEDO; MIRANDO, 2011). A inserção dos usuários nos grupos e oficinas do CAPSad III GHC ocorre de forma espontânea, por parte do usuário, ou por indicação terapêutica, por parte da equipe multidisciplinar. Ao possibilitar que o usuário escolha o tipo de atividade que deseja realizar dentro do serviço e dentro das suas capacidades, os profissionais estão permitindo que este

usuário sinta-se à vontade com o tratamento, gerando assim, um maior grau de satisfação e efetividade no tratamento:

Eu, eu tô no tocante, que é quarta-feira, terça é o jornalzinho que nós fizemos no grupo e todo mês nós falamos sobre algum assunto, né, sobre AIDS, sobre sempre tem um assunto diferente, sobre a mãe, sobre família, sobre drogas, esses negócios tudo. Agora esse mês nós fizemos do prevenção pro feriadão [...] (E01)

Ai eu faço aqui, faço os grupo que tem que fazer, eu faço. Pertença a eles, tudo direitinho. O que pedi pra mim fazer. Manual, manual, pintura, já fiz muita, os artesanato. Eles se importam com nós, então o tratamento fica bom. (E02)

Meu tratamento eu venho, passo o dia todo aqui, tem café da manhã, café da tarde e janta. E além disso eu fico, além mais pra noite que tem as palestras são segundas, terças e quintas, são as palestras com os enfermeiro, com os enfermeiro lá que quem quiser pode assistir. (E03)

Nas segundas-feiras com a X e a outra, são as do artesanato lá. Eu tô fazendo uma manta, tô fazendo a manta desde o ano passado, é, não é que nem tricô de vovó assim, sabe, com as agulhas, é com uns preguinhos assim vai trançando pra lá e pra cá, tá saindo a manta. (E04)

Então eu venho, eu participo dos grupos, eu participo às vezes das atividades que me agradam, vocês sabem que tem umas que não batem meu santo com certas atividades. Do tipo recriarte, que eu não gosto de trabalhar com artesanato, com, entendeu, com coisinha assim. O grupo movimento é muito bacana, eu assisto, às vezes eu não danço porque a minha deficiência não permite, mas eu vou, assisto, acho bacana as brincadeira com a técnica Y e dos outros grupos eu participo de, praticamente de todos eles. (E05)

Por meio do desenvolvimento de oficinas e grupos terapêuticas nos CAPS é possibilitada aos usuários a prospecção de conflitos interno-externos por meio de atividades plásticas e artísticas, valorizado as potencialidades criativas, a imaginação e a expressão do usuário. As oficinas terapêuticas possuem grande impacto no fortalecimento da autoestima e da autoconfiança dos usuários, através da miscigenação de saberes compartilhados entre os usuários e da expressão da subjetividade de cada um (MARTINS et al., 2010).

Observa-se que, a partir das atividades realizadas no CAPS, os usuários são capazes de desenvolver autonomia, de libertar sentimentos e refletir sobre sua vida e suas ações.

Alguns dos usuários queixaram-se que ficam um grande período do dia ociosos, porém, para que exista um maior aproveitamento deste tempo, poderiam ser criadas mais oficinas e grupos. No entanto, existe a limitação do espaço físico e dos profissionais para atender toda essa demanda:

Na segunda-feira tem o grupo do, vamos falar do final de semana. Na terça tem o grupo de mulheres e na quarta tem tocante de música e na quinta não tem porque tem reunião deles. E na sexta tem ginastica, a gente vai na pracinha, dá uma caminhada. É muito bom o atendimento aqui. Eu gosto mais do tocante, que a gente canta, a gente brinca, a gente ri. E esse que eu gosto mais. (E06)

[...]a gente fica muito tempo parado, eu aqui fico muito tempo deitado, sabe, eu não olho muita televisão então eu fico deitado, leio um livro às vezes é difícil, mas eu fico deitado mas faço exercício. Vou pra frente, converso com o pessoal, com todo mundo, com os enfermeiro, com os médico, não tem. Gosto dos grupo porque ai a gente esta junto com mais gente que tem os problemas da gente ai fica fácil fale né, os artesanatos também é legal. (E07)

Participo dos grupos. Reencontro, tecendo redes, recriarte, movimento, preparação pro final de semana e também tem, como é que é, bem estar. Eu gosto do preparação do final de semana, eu gosto do tecendo redes, recriarte também. (E08)

Olha eu tenho atividade física, eu gosto muito, a jogar futebol, agora temo parado um pouco que terminou, é muito longe lá. Agora saímos, vamos na praça, fazemos atividade, tem o bem estar, bem estar que é com a enfermeira Y, enfermeira querida também, só tipo relaxamento né, pensamentos assim, ela traz às vezes um pensamento pra gente, ela lê e a gente escuta, isso aí é muito bom também. O grupo de homens que terminou agora, o tocante que é amanhã, eu fico com o tocante e depois nos temos o, ah sobre o jornal, nós fizemos um jornalzinho aí, tecendo rede, tecendo rede, é sobre o jornal e mais é isso ai. (E09)

Os usuários do CAPS, através da produção de territórios existenciais, geram possibilidade de renovação da vida e das vivências em seus aspectos mais cotidianos, pois, é do cotidiano que esses sujeitos encontram-se encarcerados e privados de seus desejos mais comuns. As atividades das oficinas terapêuticas funcionam como catalisadoras de territórios existenciais onde os usuários geram a possibilidade de reconquistar ou conquistar o seu cotidiano, suas vivências. As atividades terapêuticas devem possibilitar espaços onde haja diálogo, interações, reciprocidade e construção de vínculos (KANTORSKI, 2011).

Todas as atividades realizadas nos CAPS possuem finalidades terapêuticas, que são trabalhadas com os usuários durante o desenvolvimento dos grupos e oficinas. Estas finalidades terapêuticas variam de acordo com cada usuário, indo desde atividades de socialização e distração até a produção de autocríticas e melhora da autoestima:

Faço atividades terapêuticas. Tem diversos grupos, no qual a gente fala muito sobre recuperação e dependência química. Então, no meu modo de pensar, o que o dependente químico precisa de informação pra saber lidar

com a doença dele. E aqui no CAPS eles te dão todas as informações que tu necessita pra tu fazer uma boa recuperação. (E10)

Aqui eu faço o recriarte, eu faço o movimento, eu faço o tocantes, deixa eu ver mais o que eu faço, o grupo das mulheres, faço o bem estar, tecendo redes, recriarte eu faço, prevenção a recaída, esses são os grupos que eu faço. Esses grupos contribuem bastante pro tratamento sabe. Porque eu me envolvo mais com o CAPS né, ao invés de ficar em casa, pensando bobagem, eu venho pra cá, penso bobagem aqui, e ai eu tenho amparo. (E11)

Eu participo do grupo de ação né e no grupo de preparação pro final de semana, isso tem me ajudado muito sabe, é maravilhoso, o pessoal é muito legal, são muito atenciosos sabe, até inclusive minha gerente né, a enfermeira Y, disse pra mim, qualquer problema que eu tiver em casa pra mim pegar ligar e conversar com ela, a hora que for, não tem problema é só ligar que ela conversa comigo, né então pra mim tá sendo maravilhoso. Não tem nada que me reclamar. Muito bom mesmo. (E13)

Eu participo do grupo dos homens, na terça-feira as 10 horas da manhã e venho nas consulta com o Dr. X e na consulta com a minha psicóloga que é a Dra. X e venho mais no grupo também de preparação do final de semana que é as quinta-feira que é hoje. (E14)

O grupo das mulheres começou porque primeiro era o grupo misturado né, então com certeza sempre mais homens do que mulheres e nós nos sentíamos inibidas em falar alguma coisa de repente mais íntima da gente né. Então a Dra. X não sei se foi só ideia dela, fundou esse grupo de mulheres que é onde a gente fala de repente de um problema que tá né nos incomodando muito, dos nossos medos, das nossas vitórias também né e sobre, tem um livro Mulheres que Amam Demais, a gente começou a ler cada terça feira era data da terça a gente pegava e lia né. (E15)

A inclusão de profissionais do CAPS, familiares e usuários, tanto nos grupos focais como nas oficinas, potencializa o respeito pelas diferenças, o reconhecimento da expertise de vida e não somente da academia ou da gestão de serviços. Assim, do ponto de vista terapêutico, as pessoas em grupo podem reconhecer papéis e identidades, sendo capazes de reconstruí-las quando estas forem restritivas ao desenvolvimento da sua cidadania. Nesse sentido, os grupos constituem um dispositivo de atenção e promoção de cidadania no interior dos CAPS. Os grupos não devem ser usados de forma minimalista, como para resolver a demanda e oferta de atendimento, de forma a atender maior número de pessoas. (CAMPOS et al., 2009).

O verdadeiro potencial dos grupos está na promoção de diálogo, na construção de um novo eu, das identidades, das interações sociais e da realidade vivenciada pelos usuários e demais envolvidos nos grupos. Nos CAPS, esse potencial deve ser colocado a serviço do projeto terapêutico de cada usuário e da coletividade, envolvendo usuários, familiares, profissionais e comunidade

O CAPS, como serviço de saúde mental responsável por ser a porta de entrada dos usuários em sofrimento psíquico, possui diversos compromissos. Um deles é por meio das atividades terapêuticas em realizar um trabalho árduo de acompanhamento, cuidado e reinserção social destes usuários. Como todo o serviço de saúde, o CAPS possui suas limitações devido à grande demanda, mas ainda assim é possível observar a dedicação dos profissionais em realizar um cuidado integral e diferenciado para cada usuário, de forma a introduzi-lo como ator de seus processos terapêuticos (KANTORSKI, 2011).

7.2.3 Concepções dos usuários sobre a enfermagem do CAPS

Pode-se observar atualmente que a concepção multicausal dos processos saúde/doença vem embasando as práticas de cuidado nos diferentes serviços de saúde mental. Estes fatores instauram um processo de trabalho que tomam por objeto o sujeito em sofrimento psíquico. Desta forma, a finalidade do trabalho em saúde mental torna-se ampliada, com vistas a prevenção de novas crises, reinserção social através dos esforços individuais e familiares (CAMPOS; SOARES, 2009).

Utilizando esta nova ótica em saúde mental, as concepções dos usuários sobre os serviços prestados nos CAPS vêm se tornando mais abrangentes. Os usuários passam a valorizar não somente os procedimentos técnicos, mas também os atendimentos individuais, oficinas e grupos e demonstram sentirem-se acolhidos no serviço:

Eu venho pra cá, eles me dão, eles me dão remédio, eu fico em tratamento de remédio, eu tenho meu psiquiatra, eu tenho meu gerente. Meu gerente me encaminha pro meu psiquiatra e eu tomo remédio. De manhã, de tarde e de noite. Remédio pra tirar a fissura e quando eu tô com fissura assim eu vou em qualquer enfermeira e elas me dão Diazepam aí me sai a fissura, e aí elas conversam pra sai aquele ruim sabe da fissura até que eu fico legal. Bem legal. (E06)

Como as falas dos usuários, podemos observar que as drogas e seus efeitos nocivos são percebidos apenas com a instalação de dependência física e/ou psíquica da substância, desorganizando todo o enredo da sua vida social. O álcool não é compreendido pela maioria dos etilistas como droga, principalmente pelo fácil

acesso, dificultando a aceitação da dependência, bem como a necessidade de um tratamento adequado. É importante enfatizar que mesmo o álcool tendo seu uso legalizado é considerado uma droga psicoativa (VIEIRA et al., 2010). Entre os usuários etilistas do CAPS que participaram das entrevistas, pode-se perceber uma visão minimalista de sua dependência do álcool. Os usuários relataram, por vezes, que consideram os problemas de drogadição de seus colegas muito mais graves que o seu. Isto pode estar aliado ao fato de que as substâncias psicoativas, as drogas, são ilícitas e o álcool tem o seu uso legalizado, dando a falsa impressão que seu uso é menos maléfico ou a sua dependência seja mesmo grave.

Nas falas a seguir, podem ser observados alguns conceitos trazidos pelos usuários sobre o seu tratamento, as concepções que possuem sobre o processo terapêutico em que estão inseridos e como percebem a sua recuperação. É possível observar que existe uma fragilidade sobre as concepções e percepções dos usuários sobre o processo terapêutico e que existe uma linha tênue que os une do tratamento às recaídas:

Acho que seria uma pessoa a mais pra somar nessa recuperação, porque cura não existe, mas uma recuperação pode ser uma recuperação saudável e bem produtiva assim né... não só aquele grupo, grupo, grupo... que enjoa né. Ai tendo uma pessoa diferente assim, que quebra a rotina assim, sabe.(E08)

Eu pra mim tem sendo muito bom, pra mim é bom, eu acho que pra muitos que tão ai tem sido bom. Agora muita parte não veio, porque que achou que era, veio aqui uma vez e acharam muita prisão. Mas não é prisão nada, é bom, é bom aqui, é como se precisa um tratamento né. Um tratamento livre assim também eu acho que não é, não faz bem. O tratamento tem que ser meio, fazer o tratamento, tem que ser meio rigoroso. (E09)

Pelo menos, esse CAPS aqui da Assis Brasil, que era o Sertório antes da Assis Brasil, não tenho queixa nenhuma, fui muito bem tratado. E só não tomei pé a mais tempo hoje, por falta de força de vontade ou por algum problema que eu tenho que no caso eu não identifiquei ainda mas não tem como tu não fazer um tratamento bem feito com o acompanhamento dos enfermeiros e do CAPS. (E10)

Os usuários do CAPS necessitam demonstrar que se encontram inseridos, participando de forma ativa no seu tratamento, que possuem força de vontade e sentem-se corresponsáveis por sua melhora. É de extrema importância que os usuários tenham a consciência sobre a importância de estarem envolvidos e aliados em seu tratamento e não apenas ficarem passivos à espera das intervenções da equipe do CAPS.

A participação ativa dos usuários é considerada fundamental para o tratamento nas questões psicossociais, nas quais é necessário que os usuários participem ativamente do seu tratamento, que desenvolvam autonomia, responsabilidade e que compreendam que são parte essencial do processo terapêutico (NASI; SCHNEIDER, 2011).

Durante o desenvolvimento das entrevistas, tornou-se evidente que os usuários do CAPSad entendem a importância do seu envolvimento nos processos terapêuticos. Os usuários demonstram empatia com o serviço e conhecimento que eles são fundamentais para o tratamento. Existe força de vontade implícita nas falas e no modo que eles falavam, havia cobrança e um sofrimento real quando alguns deles relatavam as recaídas:

É a primeira vez que eu tô frequentando o CAPS e eu tô adorando, até em casa eles notam a diferença, quando eu vou embora né aqui do CAPS, eu chego e a minha irmã: “Nossa, tu vem bem diferente de lá, tu é outra pessoa.” Porque aqui a gente conversa, eles perguntam, a gente fala, eu nunca passei né por isso, então a gente conversa tudo o que passou, a semana como é que foi, eles se interessam muito sabe. E tem coisas que em casa tu não tem como tu conversar e aqui tu fica livre pra falar e todos passam pelo mesmo problema, as pessoas, então é bem legal, eu tô gostando. (E13)

O CAPS pra mim é minha estrutura, é minha base de tudo, quando semana retrasada não estava bem, eu sou, eu sou depressiva, né e eu passei uns dias aqui porque eu pedi pra ficar porque eu estava com medo de voltar a beber. Esse é um medo que eu vou ter sempre pro resto da vida. (E15)

Contextualizando a ideia sobre as concepções que os usuários possuem sobre o CAPS, podemos observar que o tratamento do dependente de substâncias psicoativas é complexo, já que a ocorrência de lapsos e recaídas faz parte do tratamento. A recaída, o pouco comprometimento com o tratamento, a insatisfação, a polidependência, são fatores que contribuem para tornar o tratamento menos efetivo (VIEIRA et al., 2010).

Deste modo, é fundamental observar como os usuários veem o tratamento porque assim, mensurando a sua satisfação, somos capazes de reformular estratégias para tornar o usuário mais próximo e mais satisfeito com o tratamento, diminuindo a incidência de recaídas.

O CAPS aparece, nesse contexto, como uma das dimensões do cotidiano dos usuários desse serviço de saúde mental. Os serviços prestados pelos CAPS possibilitam ao usuário a prestação de um bom atendimento, diminuindo a

ocorrência de hospitalização, proporcionando o desenvolvimento de segurança quanto ao tratamento oferecido. A partir do momento em que os usuários manifestam satisfação com os serviços prestados pelo CAPS, demonstram, através dos relatos, a confiança no serviço e os vínculos criados (NASI, SCHNEIDER, 2011).

Identificamos que as concepções dos usuários são criadas a partir de todos os vínculos desenvolvidos dentro do CAPS, profissionais/usuário, usuário/usuário, família/usuário, e muitas outras. As experiências e as trocas vividas dentro do serviço possibilitam ao usuário uma nova concepção sobre ele mesmo, sobre o modo como vê a necessidade do seu tratamento, como percebe a importância familiar, tudo isto contribui de forma subjetiva para o sucesso dos processos terapêuticos.

As relações que ocorrem entre os diversos profissionais da área da saúde e as pessoas que necessitam de algum tipo de ajuda ocorrem em forma de um processo comunicativo, através do qual as duas partes envolvidas agem e reagem. Tanto um como o outro tem seu comportamento baseado e de acordo com seu modo próprio de reagir diante de cada situação, levando em consideração suas vivências, culturas, sentimentos, emoções, ansiedades e preconceitos. No entanto, espera-se do profissional enfermeiro que ele tenha conhecimentos técnicos para poder ajudar o outro no momento em que esta interação ocorrer (ZERBETTO, RODRIGUES, 2010).

O enfermeiro, na perspectiva das relações humanas, procura preparar a equipe de enfermagem para prestar assistência de forma adequada aos usuários e sujeitos em sofrimento psíquico. As ações do enfermeiro geralmente não são colocadas em destaque pelos usuários e os membros da equipe que se encontram envolvidos e comprometidos com o tratamento, qualidade do atendimento e defesa dos direitos dos usuários (SILVEIRA, ALVES, 2003). As concepções criadas pelos usuários do CAPS sobre os enfermeiros e equipe de enfermagem são geradas a partir das relações que ocorrem dentro do próprio serviço, que levam em consideração diversas características, tanto do usuário quanto do profissional. As características culturais, as experiências cotidianas, a empatia de cada um são fatores que influenciam diretamente nas relações e, principalmente, no modo como os usuários veem o serviço e os profissionais envolvidos em seu tratamento.

Apesar das dificuldades enfrentadas no desenvolvimento do trabalho da enfermagem, existe o reconhecimento por parte dos usuários da importância do

enfermeiro e da equipe de enfermagem no seu tratamento. Quando a enfermagem assume a posição terapêutica na condução dos casos dos usuários, auxiliando o indivíduo no seu processo terapêutico e na construção de novos vínculos sociais - já que tradicionalmente o atendimento clínico ao sujeito em sofrimento psíquico esteve sob a guarda dos psiquiatras e psicólogos – a enfermagem torna-se visível e fundamental ao tratamento dos usuários. A participação da equipe multidisciplinar no tratamento trouxe a possibilidade da criação de outras relações e experiências com a saúde mental (SILVEIRA, ALVES, 2003):

Tudo através dos enfermeiros né que se comunicam um com outro, coisa e tal e deu certo. Ó pra ajudar mais, pra mim que me ajudam, eu acho que depende mais de mim, né, não deles, mas eles dão força conversando, quem sabe conversa mais com nós (E02)

Esse tipo de consideração que eles (enfermeiros) têm pelo paciente, é válido pro tratamento desse tipo, dessa espécie de tratamento de álcool e drogas é, quando o cara tá doente na cama com a perna quebrada é uma coisa, depende do tempo passar pra se recuperar, da medicação, não tem mais o que fazer. O enfermeiro, o enfermeiro ficar ali na volta paparicando não vai mudar muita coisa, vai ajudar né no modo psicológico do paciente que está no estado como eu fiquei por exemplo, mas não vai me ajudar a curar um osso quebrado, tem que esperar o tempo, ele calcificar. Aqui não, aqui te ajuda no tratamento em si, porque te alivia. (E05)

Acho que o enfermeiro tem, são muito diferente um do outro. Uns são mais calados, mais reservados, como se fossem um pouco meio blindados assim, meio, eu sinto eles meio cheio de si assim, eu acho, do que os técnicos. (E08)

Em estudos realizados por Lopes et al. (2009), a maioria dos usuários ficou satisfeita com a prestação de serviços de enfermagem, estimando-se uma média de satisfação dos usuários, quanto aos procedimentos de enfermagem, acima de 99%. Ao observar as falas dos usuários do CAPSad, pudemos constatar um alto grau de satisfação nos atendimentos prestados pelos enfermeiros do serviço. Os usuários sentiam-se à vontade para falar dos enfermeiros e era possível observar uma espécie de gratidão nas suas falas. Os enfermeiros de saúde mental não realizam um grande número de procedimentos técnicos, porém os usuários valorizam atitudes como a escuta, aconselhamento e a compreensão por parte dos enfermeiros, o que acaba por favorecer a satisfação dos usuários:

O paciente se sente à vontade para conversar com os enfermeiros sobre assuntos particulares, e aí eles te dão uma resposta ou eles te encaminham para um profissional mais adequado que seria um psicólogo, uma psiquiatra. Eles tem que fazer muita coisa, não tem tempo pra fica ouvido

todo mundo todo dia, tinha que te um enfermeiro só pros paciente sabe? Só pra escuta, conversa e acompanha a gente de perto. (E10)

Eu acho muito importante atividades dos enfermeiros quando eles dão palestras sobre medicação, sobre tratamento, sobre que falem bastante sobre a parte deles. Pra que serve medicamento de tal? Pra que que é, o que que eu posso fazer pra não usar mais a droga. Eles também são competentes e dão bastante informações sobre isso, de como tu deve lidar com a doença e que que tu deve fazer pra evitar recaídas. Eles te dão um acompanhamento nessa parte, eles são qualificados. (E10)

Olha, os enfermeiros, todos eles são muito bom, todos ajudam, da maneira que podem né claro, sabe. Fim de semana, eles andam com a gente, vão passear, levam nós nas praças, sabe. São muito, muito queridos, todos os enfermeiros daqui. (E11)

Ah, como é tem uma coisa que as enfermeiras falavam pra mim que me marcou muito: "Pra tu amar a tua neta como tu ama, tu tem que te amar primeiro porque se não tu não vai aprender a amar a tua neta de maneira certa." Que a minha neta é minha vida, eu enfrentei um monte de barra por causa dela, tô enfrentando ainda mas, graças a Deus eu não recorri ao álcool. (E15)

Mesmo que a satisfação dos usuários com o cuidado recebido seja somente uma mensuração funcional do cuidado, entende-se que a qualidade técnica da assistência prestada seja, geralmente, difícil de ser avaliada pelo usuário. Então, vendo deste modo, a satisfação e a insatisfação dos usuários não são medidas completamente adequadas para mensurar a qualidade da assistência prestada, pois incidem sobre elas uma ampla gama de fatores. A qualidade técnica do cuidado de enfermagem em saúde mental é um conceito difícil e complexo de se mensurar, porém estudos demonstram que a maioria dos usuários expressa altos níveis de satisfação com a assistência prestada (CRUZ, MELLEIRO, 2010).

Quando consideramos o atual momento do trabalho de enfermagem em saúde mental, observamos que existe a passagem de uma prática de cuidado hospitalocêntrica, que visava à contenção do comportamento dos sujeitos em sofrimento psíquico, para uma incorporação de novos princípios, que buscam reestruturar a prática interdisciplinar, aberta às vivências e necessidades dos sujeitos envolvidos, em cada momento e em cada contexto. É, portanto, período crítico para a profissão pela necessidade de reformulação da assistência dos enfermeiros em saúde mental, pois o momento torna-se favorável para a amplificação do conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área (OLIVEIRA, ALESSI, 2003). O enfermeiro em saúde mental, inserido nos CAPS, passa a contribuir para o processo terapêutico de forma ativa no desenvolvimento de

grupos, oficinas e atendimentos individualizados, criando um elo de confiança e satisfação por parte dos usuários, pois passa a ser mais visível e interativo nos tratamentos.

Para tanto, é indispensável que os enfermeiros estejam preparados para essa realidade instaurada pelos tratamentos desenvolvidos nos CAPS, os quais, além do acolhimento do usuário, devem desempenhar o trabalho dispendido de características coletivas e interdisciplinar na busca da reabilitação psicossocial. Porém, esta tarefa não é fácil e demanda dos enfermeiros que revejam suas posturas perante o usuário. Por o CAPS se tratar de um serviço singular, entende-se que o enfermeiro seja inserido em uma prática que ultrapasse os recursos tradicionais, valorizando e incorporando ao seu trabalho intervenções psicossociais, como a comunicação terapêutica, relacionamento interpessoal e atendimento individual. Como a proposta de tratamento do CAPS insere, além do usuário, a família e a sociedade, exigindo atividades sejam ampliadas para atender todos os envolvidos, a enfermagem deverá utilizar dos saberes técnicos agregados durante o exercício da profissão às necessidades cotidianas do CAPS (SOARES et al., 2011).

A utilização da visão fenomenológica surge como uma alternativa de investigação e caracterização dos usuários, possibilitando um olhar humanizado e efetivo sobre as vivências relacionadas ao processo saúde/doença destes usuários, principalmente, sobre diversas experiências vividas nos diferentes cenários de atenção à saúde. A fenomenologia através das abordagens investigativas, com características compreensivas, vem sendo amplamente utilizada pela Enfermagem. Desta forma, como a enfermagem possui como principal área de conhecimento e de prática profissional a prestação humanizado do cuidado, sendo constituída e utilizando como essência as relações humanas, a fenomenologia permite a compreensão destas experiências como sinalizador importante para o desenvolvimento do cuidado em saúde (JESUS et al., 2013).

Analisar e fundamentar a intersubjetividade dos usuários que se revela na reciprocidade de motivos e perspectivas, torna-se uma tarefa árdua. Deste modo, onde existe uma cadeia interligada de ações, onde a reação de um indivíduo provoca a reação do outro, e onde acontece a fusão destas vivências. Assim formam-se os relacionamentos e seus nós. Este, por sua vez, manifesta-se na consciência do outro indivíduo e constitui uma participação nas experiências de vida de outro indivíduo. Estas vivências, experiências surgem da captação da existência

do outro através de interações do cotidiano (FREITAS, OGUIISO; MERIGHI, 2006). A fenomenologia possibilita ouvir estas interações e inter-relações de acordo com a visão dos indivíduos sobre estas experiências, possibilita que ele manifeste de acordo com suas perspectivas o modo como percebe estas relações.

Nos CAPS, os indivíduos encontram-se inseridos em diversas relações, interagindo diariamente com usuários e profissionais. O CAPS torna-se um lugar de fortalecimento, criação de laços e compartilhamento destas experiências. Ao utilizar a fenomenologia para ouvir o que os usuários esperam do seu tratamento nos CAPS e, principalmente, o que esperam dos profissionais enfermeiros, damos a eles a chance de reviver esses laços e possibilitamos que dessem voz a estas vivências. Possibilitamos, também, que os usuários observassem de modo crítico o seu tratamento e a assistência prestada pelos enfermeiros do serviço.

Os chamados *motivos para*, que justificam e fornecem os motivos para o desenvolvimento de determinada ação são visto por Freitas, Oguiso e Merighi (2006), como “o *motivo para* consiste em um estado de coisas, o objetivo que se pretende alcançar com a ação, ou seja, a orientação para a ação futura”. Vindo ao encontro desta ideia Macedo, Boava e Antonialli (2012), definem que os *motivos para*, geralmente, denotam a existência de um projeto de vida do sujeito, uma projeção do futuro, uma ação ligada a uma intenção de conduta que dará fundamentação, principalmente, as experiências passadas que são semelhantes ao projeto atual.

Para Alfred Schütz (1974, p. 89):

O motivo pode ter um sentido subjetivo e outro objetivo. Subjetivamente, se refere à experiência do ator que vive no processo em curso de sua atividade. Para ele, o motivo significa o que tem realmente em vista e que confere sentido à ação que desempenha, e este é sempre o "motivo para", a intenção de criar um estado de coisas, de alcançar um fio preconcebido.

Deste modo, as motivações humanas são caracterizadas por grupos de fatores interligados e originados das personalidades que irão definir a conduta de cada um em determinado momento. Esses fatores, por estarem interligados, quando entram em ação, envolvendo a personalidade, as culturas, as experiências como um todo, passam a demonstrar um comportamento motivacional no qual o indivíduo utiliza sua inteligência, sentimentos, instintos e experiências vividas para atingir uma determinada meta (BEZERRA et al., 2010). Os motivos que levam os usuários a

demonstrarem os seus desejos de mudança por parte dos enfermeiros do CAPS são diversos e distintos, pois cada usuário percebe o profissional enfermeiro sob uma determinada ótica. Levando em consideração o fato de cada usuário ter a sua carga de experiências e vivências, temos a mesma carga por parte dos enfermeiros, a partir desta união é que se formam as concepções dos usuários:

Ai, eu não espero nada sabe porque, porque eu tô reagindo bem, eles tão mostrando profissionalismo, tudo e não tem nada de reclamar. Mas tipo eles podem conversa mais com nós, tipo pra nós pode conta a nossa história sabe né as vezes a gente tem as recaída né ai eles podiam conversa mais assim pra sabe que que deu. Me orienta, me orienta, se caso ver que eu tô mal, se eu pedir, se eles vê que eu tô bem doente mesmo, eu peço um acolhimento, porque eu tô vendo que na rua eu vou, tô vendo que eu vou recair... bebida. (E01)

O enfermeiro espero que se torne um médico porque eles sabem muito então é bem. Acredito que tem conhecimento de tudo né pra ser um médico é pouca coisa e se dependesse de mim, nota dez pra eles, porque eles cuidam de nós querem sabe e tal, podem fala de coisa que a gente não sabe sobre o nosso problema. (E02)

Tudo através dos enfermeiro né que se comunicam um com outro, coisa e tal e deu certo. Ó pra ajudar mais ... pra mim que me ajudam, eu acho que depende mais de mim, né, não deles, mas eles dão força conversando, quem sabe conversa mais com nós. (E02)

Olha, eu espero que eles sempre estão, na verdade eles sempre estão me ajudando, na verdade, eu não tenho queixa nenhuma de enfermeiras do CAPS, são tudo dedicado, muito mesmo, são pessoas que se a gente precisar falar após as reuniões, após tá aqui, tenho liberdade de chamar eles e eles vão te atender ou vão te mandar tu esperar um pouquinho. (E03)

A comunicação para o profissional enfermeiro não é um fenômeno constante, mas é formado por uma rede articulada de informações e relações pessoais, familiares e institucionais que se interligam e retroalimentam. É através desta perspectiva que o enfermeiro se favorece de diversas situações para estabelecer o processo de comunicação durante a assistência à saúde dos usuários. O processo de comunicação é um elo fundamental utilizado pelo enfermeiro durante a prestação da assistência (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013). Neste sentido, como a comunicação é um fenômeno indissociável da assistência de enfermagem para qualquer atendimento ao usuário, estes atribuem diretamente ao enfermeiro a característica de comunicador. Os usuários percebem como de suma importância a presença do enfermeiro durante o processo terapêutico, estando inseridos nos grupos, atividade e atendimentos individuais exercendo o papel de comunicador,

intermediando as relações familiares e principalmente demonstrando apoio ao usuário durante o tratamento.

É eu pra mim assim, eu espero que eles, é assim, eu acho que quando a pessoa escolhe a profissão de enfermeiro, eles tem que gostar de pessoas, então, eu sempre esperei disso dos enfermeiros, tratar a gente assim, com certa assim, com certo carinho né, assim com uma certa compreensão, porque às vezes de repente, a gente pode explodir por alguma coisa, pela falta da droga, mas só que comigo, todos sempre foram, todos, não tô querendo assim aqui falar só pra fazer média. (E04)

Então eu procurei eles em outras ocasiões, eles continuam ai trabalhando, procurei eles em outras ocasiões, pra pedir uma atenção, pedir uma palavra amiga, pra mim desabafar, com eles o que eu tava sentindo, pensando, imaginando em fazer. Então eu procurei eles pra desabafar aqui dentro, eles me deram essa atenção que eu precisava e não tinha tempo, não tinha. (E05)

Eu espero que eles melhorem muito, mais que eles são né. Eles me tratam bem, me dão carinho, se eu tô com dor, eu peço remédio, eles me dão. Eles podem pergunta mais coisa né e conta mais coisa que eles sabem pra nós. Tipo podem pergunta mais sobre a gente né como que a gente foi criado né, porque tem uns que passam muitas dificuldades de pequeno, e podem conta coisa do tipos, assim, que que a droga faz assim com a gente, porque que a gente fica assim. (E06)

[...] então é nesse sentido que eles, os enfermeiro, deviam conversar com a gente, conversar nas reuniões da um, tipo um rumo pra nossa vida, no geral assim sobre família e tal, a gente precisa aprende a fazer essas coisa, eles podem ajudar muito a gente assim. No mais eu não tenho o que me queixar, entendeu? (E07)

[...] eu acho que se o enfermeiro conversasse mais, tivesse um momento de conversa com um enfermeiro e ele dizer: ó... a medicação é essa, mas tá te fazendo algum mal, ou tu prefere modificar, ou como é que tu acha sabe. Tivesse esse vinculo maior com o enfermeiro, sabe, sobre a medicação. Não só com o psiquiatra, porque com o psiquiatra a gente conversa bastante sobre isso né, mas o enfermeiro adianta, também tá a par: ó tua medicação aqui eu pra mim acho que não tá, tá muito, fala com teu psiquiatra, acho que tu tá ficando um pouco meio, meio fora do normal, tu não tá participando do grupo, tu tá dormindo demais, cuidasse um pouco mais do comportamento dos pacientes, não ficasse tão frios, tão isolados as vezes, na cadeirinha deles do computador e dessem uma olhada de vez em quando assim, ver quem é que tá quase recaindo as vezes né, não tá tomando medicação as vezes, não fala com o psiquiatra. (E08)

Cada usuário interpreta, durante a sua existência, o mundo inserido em uma ótica sob a qual seus próprios interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos e religiosos são tidos como verdade. Porém, a realidade como essas formas se manifestam no cotidiano depende da somatória de experiências que o usuário constrói no desenvolvimento da sua existência maciça, agregando valores a essas experiências (JESUS et al., 2013). A fala dos usuários durante as entrevistas

é a manifestação da sua motivação, exteriorizando suas intenções quanto ao que esperam dos enfermeiros. É necessário buscar compreender as linguagens subjetivas através dos motivos da ação embasada pelas experiências. A leitura minuciosa e a análise crítica das falas possibilitam a identificação dos motivos para dos usuários e a compreensão do fenômeno investigado.

É importante ressaltar que, apesar de os usuários demonstrarem satisfação com relação ao tratamento dos enfermeiros, há usuários que pontuam sentirem a necessidade de que os enfermeiros dispusessem de um maior tempo para escuta/conversa. Assim, os usuários acreditam que os enfermeiros são capazes de colaborar, através de conversas e momentos de escuta, com o alívio de sintomas negativos que surgem durante o processo terapêutico, veem os enfermeiros como profissionais dotados de saberes capazes de prestar orientações pertinentes ao seu momento de sofrimento e angústia:

Te explicasse mais sobre a medicação, sobre o quadro. Acho que é uma pessoa que podia ser mais explorada. É enfermeira, é inteligência, tem que ser muito inteligente pra ser enfermeira. Bah, encarar uma faculdade, não é fácil. Quer dizer que aquela pessoa tem um dom, ela tem o dom de ser enfermeiro, de cuidar dos enfermos. Eu acho que um vínculo maior acho que seria legal.(E08)

A função dos enfermeiros, sim. Eles tem que bota ordem no local, tem que cuida dos paciente, agenda as coisa, é puxado. Se eles tivessem mais tempo com a gente bah ia se bem bom, pra conversa e escuta a gente, tipo ta mais junto. É, teve um ai, até não tá mais ai, que era meio estúpido, às vezes ele chegava meio estúpido aqui né. Então já fizeram reunião, ninguém queria mais, dai saiu né, saiu. (E09)

Eu acho que a comunicação dele conosco é importante, eles saberem da nossa vida assim , cada um tem uma história. Isso é importante ele vim e perguntar como eu tô, se eu tô me sentindo bem, que que eu precisaria pra fica melhor, escuta a opinião da gente sobre o tratamento né, porque as vezes a gente fica ruim né. Isso é o mais importante para quem tá aqui dentro em acolhimento, e no acolhimento o enfermeiro devia ta bem perto assim, porque a gente fica bem ruim uns dias pela falta da droga, e ai se eles perguntassem que que eles poderiam fazer a mais ia ser da hora. (E12)

Mas, na minha opinião, assim, eles não tem tempo pra fazer mais do que eles fazem com bastante vontade, trabalho, tão sempre preocupados, conversando, dão os toque, ensinam a gente, abre os olhos da gente, a gente vê que aquilo ali não é falso, certo. Isso depende de mim, eu também tenho que me ajudar porque eles me ajudam bastante, o lado que não vai é eu, eu é que as vezes dou o caminho pra trás, o passo pra trás. (E14)

A primeira coisa o incentivo que todos eles tem que dar: “tu consegue, tu consegue, tu consegue.” E acho que isso foi é maior incentivo porque eu acho que depende de nós também né, porque muitas vezes, os enfermeiros querem chegar na gente e a gente bloqueia. (E15)

Desta forma, a fenomenologia social de Alfred Schütz revela-se como uma nova possibilidade de pensar, de reestruturar e praticar as ações dos cuidados dispensados pela Enfermagem, estabelecendo como ponto de partida as relações sociais criadas no mundo da vida, ou seja, dando voz às experiências e vivências de cada usuário. Assim, valorizamos as dimensões e as subjetividades da assistência e prestação do cuidado ao usuário (JESUS et al., 2013). Valorizar as experiências em saúde mental possibilita ao enfermeiro ter uma visão mais ampla dos motivos ou dos fatores que levaram os usuários do CAPSad a desencadearem determinada dependência. E, a partir disto, ser capaz de desenvolver atividades voltadas para satisfazer as necessidades destes usuários.

A enfermagem é uma ciência humana, constituída por pessoas e por suas experiências. Assim, o enfermeiro, além de executar e garantir uma assistência de enfermagem humanizada e fundamentada em conhecimentos científicos para seus clientes, é também um comunicador e facilitador dos processos terapêuticos (BEZERRA et al., 2010). O enfermeiro, ao se apoderar da comunicação como ferramenta indispensável para o desenvolvimento de seu trabalho, é capaz de garantir uma assistência individualizada, como maior eficácia, e que fortalecerá a adesão e a satisfação do usuário.

Acredita-se que o cuidar é a essência da enfermagem. Cuidado esse que vem permeado de valores que visam o respeito e o amor ao próximo. A prioridade da enfermagem sempre será promover a saúde e o bem estar do usuário, indiferente do serviço onde este cuidado está sendo desenvolvido. O cuidar inclui, então, o desenvolvimento de uma escuta humanizada e um olhar aberto a novas possibilidades. Por meio da cumplicidade e do apoio mútuo entre usuários e profissionais da saúde, pode-se chegar a um serviço de saúde mental mais efetivo e mais humanizado, despido de qualquer forma de preconceito ou de uma assistência fragmentada (SILVA; BOEMER, 2009).

As relações humanas e em qualquer área de atuação iniciam pela formação e criação de algum tipo de vínculo. Conceituar a palavra vínculo é ter que respeitar uma gama de fatores envolvidos no amplo significado desta palavra. O conceito de vínculo é abrangente e permeia diversas áreas das ciências humanas e da saúde, desta forma assume uma abordagem multidimensional: de diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. O vínculo possui o poder de criar elos entre as pessoas. Pode ser representado pela interdependência e as relações dos

profissionais com os usuários. O desenvolvimento dos vínculos em saúde é dependente do modo como as equipes de saúde tornam-se responsáveis pelos usuários dos serviços de saúde de um determinado grupo ou microrregião. Além disso, o vínculo dos usuários com os serviços de saúde necessita do estabelecimento de fortes laços interpessoais que representem a mutualidade existem entre os profissionais de saúde e os usuários (GOMES; SÁ, 2009).

Um dos fatores que agem como facilitadores fundamentais para a criação de vínculos para a enfermagem é o poder de se comunicar. A comunicação surge para enfermagem como ferramenta básica para o desenvolvimento do cuidado em enfermagem. Está presente em todas as ações desenvolvidas com os usuários, seja prestando orientação, apoiando, confortando ou atendendo as necessidades básicas. Como ferramenta básica de trabalho o enfermeiro utiliza a comunicação para aprimorar as relações e o saber-fazer profissional. O papel desempenhado pelo do enfermeiro em saúde mental não se encontra restrito à execução de procedimentos técnicos e sim propor uma ação de cuidados amplos, implicando no desenvolvimento da comunicação. Deste modo, utilizando a comunicação como ferramenta básica o enfermeiro é capaz de compreender de modo significativo as necessidades dos usuários e prestar acolhimento, escuta e assistência mais efetiva do desenvolvimento do cuidado (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A proposta de atendimento dos CAPS facilita a criação de estabelecimento de vínculo, utilizando como principal instrumento a comunicação. As relações em serviços de saúde mental são baseadas, principalmente, na confiança que os usuários desenvolvem pelos profissionais e pelo próprio serviço. Tais relações são construídas a partir do acolhimento, escuta sensível, grupos e atendimentos individualizados. É possível observar claramente nas falas dos usuários a importância dada por eles para as relações interpessoais e para os momentos de conversas com os profissionais enfermeiros. O desenvolvimento de uma prestação de cuidado efetiva nos serviços de saúde mental e, principalmente, nos CAPS está diretamente ligado à construção dos elos de confiança dos usuários no serviço, baseados em um acolhimento e uma escuta desprovida de preconceitos e pré julgamentos.

O ato de prestar cuidado a outras pessoas inclui a realização de procedimentos técnicos baseados em atitudes norteadas por princípios humanizados, entre eles, o respeito ao usuário, a dignidade e a relação de

responsabilização entre as pessoas. Ao cuidar, o profissional de saúde cria com o usuário uma relação que deve permear os valores morais, éticos e sociais, respeitando as interferências das culturas e ambientes distintos para cada lado desta relação. Podemos afirmar que a prestação de assistência voltada ao cuidado está ligada diretamente à formação profissional, pessoal, à personalidade do cuidador e do usuário, estas adquiridas através das vivências, das experiências e das crenças culturais (FORMOZO, 2012).

Independentemente do tipo de assistência desenvolvida pelos enfermeiros em qualquer serviço de saúde, é de suma importância que demonstrem empatia pelo sofrimento do usuário, isto proporciona uma maior entrega por parte dos usuários o que pode reduzir o número de abandono dos tratamentos:

Eu acho que os enfermeiro são importante porque, toda quinta-feira eles fazem uma reunião pra eles pra ver como é que tá agindo os paciente, porque eles podem ficar bem ou pode ficar mal, porque se a pessoa tá bem, eles falam bem da pessoa, se a pessoa tá meio assim, daí eles, daí eles ficam em cima, né e dai qualquer coisa, se acontece qualquer coisa, a gente reclama pro gerente de algum deles e daí chamam e conversam. (E01)

O que eu tenho a dizer dos enfermeiro olha, são muito dedicado mesmo porque olha eu até me admirei que às vezes a gente pensa que é só lá pelo salário tá e não, e tem pessoas que são além do salário fazer mais, sabe, dá mais força, te ajudam, te mas... diferente tem bastante gente aqui que dão o sangue mesmo pro que fazem, gostam do que tão aqui pra atender porque não é fácil, as pessoas, tem vários ai que são crack, droga, qualquer coisa, então recai, recai, recai, recai não e as pessoas não desistem das pessoas, não e tentam ergue, quere, esse que eu gosto do CAPS, eu gosto muito mesmo de tá aqui. (E03)

Então eles sempre procuram ajudar a gente mesmo. Eu não tenho sei lá se eu tô te respondendo as perguntas certas, mas eles podem faze mais grupo de apoio e roda de conversa pra fica mais com nós, mas é isso que eu acho deles, são pessoas muito dedicadas, nem todos, mas a maioria tu vê que é, a gente vê sabe, como é as coisas, então é isso ai eu que vejo dos funcionários do CAPS. (E03)

Assim, as conversa deles, sempre me botam pra frente, entendeu e se eu digo assim: "Bah, bah não tô legal hoje." Eles ajudam nós a organiza as ideia Não, o que é isso, cara. Eles se preocupam com a gente. "Bah, tá me dando uma fissura assim de recair. Ah, mas pensa bem, cara, tu tá aqui te tratando, já tá alguns dias, já tá legal, o corpo continua assim limpo, né."Então eu acho que assim, uma coisa que ajuda a gente sabe é as conversas, como eles arrumam aqui o CAPS, os grupo sabe. (E04)

O processo terapêutico proveniente da comunicação entre enfermeiro/usuário é denominado comunicação terapêutica, e possui a finalidade de compreender, identificar e atender as necessidades de saúde do usuário, contribuindo, assim, para

uma prestação da assistência personalizada, melhorando a prática de enfermagem. Quando criamos oportunidades para o desenvolvimento da aprendizagem e reforçamos as relações interpessoais, despertamos nos usuários sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam acolhidos, satisfeitos e seguros (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Em saúde mental, quando possibilitamos um maior contato por parte dos usuários, da equipe de enfermagem e do serviço, diminuimos consideravelmente a incidência de recaídas, e, mesmo que ocorram, os usuários sentem que podem retornar ao serviço para reiniciar o acompanhamento:

A relação entre enfermeiro e paciente é muito importante para um tratamento por qualquer que seja porque tu sente, aqui no CAPS eu sinto a confiança, eu tenho confiança do que eles tão fazendo, do que eles dizem, da maneira que eles agem em relação a tudo, a medicação... da minha vida, eu tomei aqui, foi receitado. Eu tomei sem perguntar, por A mais B porque. Porque eu tô tomando comprovação, acredito eu, dum enfermeiro, isso deve passar nas mãos de um enfermeiro, sai da mão do médico, vai pra mão do enfermeiro, o enfermeiro está a par disso tudo. Então eu tenho muita confiança no tratamento deles aqui, do corpo de enfermagem em geral, em relação a isso e a atenção que eles dão pra gente porque a gente tá numa situação difícil né, vulnerável, porque tá abrindo mão de certos prazeres entre aspas que traz o álcool e a vida lá fora em si, pra se curar, pra se tratar, pra melhorar de vida porque não é uma vida boa. (E05)

O termo confiança sugere o processo resultante da percepção individual do usuário relativo à prestação de assistência, de cuidado por um determinado enfermeiro. Então ao personalizar os cuidados assumimos de um modo particular e de relevância um momento de trocas, favorecendo o empoderamento de usuário sobre seu estado e abrimos espaço para a formação da relação de confiança. Esta relação torna-se a base para a formulação, construção e fortalecimento da relação terapêutica, desenvolvida a partir da interação das experiências de ambas as partes. Experiências que se encontram interligadas e interagindo concomitantemente, não podendo haver preponderância de nenhuma das partes. Para que se estabeleça a confiança, é necessário estar aberto ao desenvolvimento do ato de confiar (LORENÇO et al., 2011).

Observamos nas falas, também, que o confiar dos usuários é relativo, variável e pessoal. A confiança não é sempre atribuída ao mesmo profissional de enfermagem, pois são levadas em conta, para a construção desta confiança, as particularidades de cada usuário, a empatia desenvolvida durante o acolhimento inicial e as vivências de cada sujeito envolvido:

Os enfermeiros se mostram em sua maioria, envolvidos e comprometidos com o tratamento dos usuários, pois realizam atividades cotidianamente com os usuários, e sempre estão interagindo socialmente com eles, perguntando sobre sua vida, seu dia, seus sentimentos. Essa postura aproxima os usuários dos serviços e dos enfermeiros completando as possibilidades de construção de cuidado.

Eu levantei uma semana meio ruim, meio ruim, a psiquiatra me atendeu, eu tive 14 dias aqui, no acolhimento e agora qualquer coisa assim que eu quiser, que eu precisar, eu falo com ela né e ela me dá, me dá muita atenção, tanto quanto o enfermeiro. Ah, o enfermeiro G é uma pessoa muito, é ele que nós saímos com atividade física, às vezes vamos pra praça, então a gente faz umas brincadeiras, faz umas físicas, faz brincadeira, é muito bom, muito bom mesmo. (E09)

A parte da enfermagem também é uma parte que, não conheço outro lugar que o enfermeiro vem e te pergunta: Como tu tá se sentindo? Como é que tu tá? Eles têm uma atenção toda especial pra pessoa, principalmente pra aqueles que querem realmente fazer o tratamento. (E10)

Os enfermeiros dão amparo, dão amparo para uma base pra tu sair daqui e continuar o tratamento. Bem assim, aqui te dão uma base, né porque 14 dias é pouco o tempo do acolhimento. Como eu fiquei 21 no Espirita e 14 aqui, são 30 e tantos dias, ai eu tive uma boa base pra mim sair daqui e não precisar ficar sem dinheiro. Porque meu problema é quando eu tenho dinheiro né, ai eu bebo. (E11)

As enfermeiras querem saber como que tu tá? Como que tá a tua casa? Porque elas dizem que a casa da gente também é importante, querem saber da vida, cara tudo essas coisas fazem a gente vê um monte de coisa. Essas conversa com elas, nossa são tri boas e ajudam um monte, bem massa. Ela me dá conselhos, ela me aconselha muito sabe, porque eu também um problema em casa, porque meu pai é alcólatra, e ai ela pegou e disse pra mim, ela disse : "Ai, traz teu pai pra reunião da família, quem sabe né, que ele vai sozinho, dai a gente vai analisando ele, quem sabe até uma ajuda pra ele, sabe. (E13)

Os enfermeiros perguntam o que vai fazer, que nem eles são, eles atendem com vontade, isso ai tu não vê em outros lugares. Então eu como dependente já andei por tudo, já fui pra fazenda, já fiquei numa fazenda trancado, não adiantou. Já tive em vários lugares e aqui eu tô, me sinto bem, sou, sinto que as pessoas me tratam bem e vejo que eles fazem com vontade, com amor, assim com carinho e às vezes isso é uma coisa que o dependente precisa muito. (E14)

Como é que eu vou te explicar, os enfermeiros tentam falar que a minha mudança teria que ser de dentro pra fora, não é só parar e deu. Que eu teria que ter várias modificações, que eu tenho um monte de defeitos ainda né e aqui eu tô aprendendo ainda a corrigir esses erros né, de personalidade de atitudes né, conseguir ser uma pessoa mais, mais calma né, mas o meu medo ainda continua e a importância dos enfermeiros é essa, que eles nos incentivam, que tem enfermeiros que ficam na sua, são mais fechados né e tem uns que são mais abertos, brincam com a gente, então acho que isso ai a gente tem que respeitar os dois de qualquer maneira né, mas tem enfermeiras ai que são maravilhosas. (E17)

A formulação da relação de confiança é um processo interativo, no qual os enfermeiros e os usuários são atores aliados para esta construção. O enfermeiro

possui um papel importante para o desenvolvimento desta confiança, pois ele representa a ferramenta básica deste instrumento terapêutico na relação de cuidar, sendo imprescindível que seja desempenhada de forma competente, alicerçando suas ações em conhecimentos éticos, científicos e técnicos (LORENÇO et al., 2011). Os usuários, apesar de darem muita importância às relações interpessoais, estão atentos e são críticos quanto ao nível de conhecimento e comprometimento dos enfermeiros, sendo indispensável a atualização constante, para dar suporte às terapias individuais e em grupos desenvolvidos pelo CAPS, unidas estas à realidade de cada usuário.

Consideramos que, ao utilizar as relações interpessoais como ferramenta privilegiada para o desenvolvimento do trabalho, os enfermeiros devem buscar métodos permanentes e diferenciados para desenvolvimento do aperfeiçoamento de suas habilidades, pois a confiança é formada por ligações sensíveis e a limitação pode tornar essas relações impessoais distantes e conflituosas, dificultando a efetividade dos processos terapêuticos e o fortalecimento dos laços (FORMOZO, 2012).

8 INTERVENÇÃO

8.1 CHÁ FILOSÓFICO COM OS ENFERMEIROS DO CAPSad

O “Chá Filosóficos” foi realizado aos 10 dias do mês de agosto 2014 nas dependências do CAPSad III, com a participação de quatro enfermeiros do CAPS. Este momento havia sido programado para que fosse realizado um retorno dos resultados obtidos através das entrevistas com os usuários que nortearam esta pesquisa e para que assim pudessemos discutir a viabilidade do instrumento construído a partir destas entrevistas.

Iniciamos o Chá Filosófico com as devidas apresentações e agradecimentos pela participação e colaboração com a pesquisa. Distribuímos a previa do instrumento construído, uma consulta de enfermagem voltada especificamente para a saúde mental, fornecendo assim as orientações para que os enfermeiros lessem e fornecessem suas contribuições e pareceres sobre o mesmo. Posteriormente a entrega do instrumento, iniciamos a exposição das impressões obtidas pelos pesquisadores durante as entrevistas com os usuários que foram devidamente fundamentadas com material teórico. Esclarecemos que as entrevistas foram separadas por categorias e subcategorias e que assim as falas ficaram agrupadas de acordo com conteúdos.

Fato importante a ser esclarecido durante a conversa sobre os resultados obtidos é que a intenção da pesquisa era contribuir para o aprimoramento da consulta de enfermagem realizada pelos enfermeiros do CAPS e não interferir nas condutas e desenvolvidas pela equipe. A partir do entendimento dos enfermeiros sobre estas questões iniciamos a explanação das categorias e falas. Através da análise das falas os pesquisadores constataram vínculos de confiança com o tratamento desenvolvido pelo CAPS e com os enfermeiros, relações de afetividade, satisfação com as atividades desenvolvidas, com o atendimento da equipe e com o atendimento dos enfermeiros. Os resultados foram recebidos pela equipe com surpresa e satisfação, pois a grande maioria dos usuários sentem se acolhidos e seguros dentro da instituição.

Ao fim da explanação sobre os resultados obtidos os enfermeiros avaliaram o instrumento e deram suas contribuições. Ponderaram que a consulta contempla uma grande quantidade de assuntos relevantes e que apenas faltaram algumas

questões referentes ao que os usuários esperam do CAPS e do tratamento no desenvolvido no CAPS. Referem que é de grande importância saber até que ponto e até onde o usuário deseja chegar com o tratamento para que assim o plano terapêutico seja traçado com mais clareza e que se torne mais efetivo.

Terminamos o chá com agradecimentos e realizando uma confraternização, os enfermeiros agradeceram aos pesquisadores pela iniciativa afirmando que a saúde mental necessita cada vez mais de enfermeiros que busquem o aprimoramento da enfermagem em saúde mental e que as portas do CAPS estarão sempre abertas para a realização de novas pesquisas.

8.2 ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

8.2.1 Orientações aos usuários e familiares

Orientações sobre o serviço: esclarecer o funcionamento do CAPSad III, horários, profissionais, normas e condutas aos usuários e familiares. Durante o contato inicial é importante o esclarecimento do CAPS como um serviço substitutivo sendo de suma importância a participação e a formação do vínculo familiar para a eficácia do processo terapêutico.

Orientações sobre os modelos terapêuticos e terapias: orientar familiares e usuários sobre os modelos terapêuticos utilizados pelos CAPSad III, orientar sobre a iniciação e como funciona o acolhimento noturno, apresentar as oficinas e grupos terapêuticos aos usuários e informar aos mesmos que existe a possibilidade de optarem pela escolha das oficinas e grupos e orientar os usuários e familiares sobre os atendimentos com a equipe multiprofissional.

Segundo Silva et al. (2013), os Centros de Atenção Psicossociais, são dispositivos articuladores da rede de saúde mental, e possuem uma proposta voltada a atividades terapêuticas individuais ou em grupo; acompanhamento médico, de enfermagem e psicóloga da patologia psiquiátrica, dispensação de medicamentos, além de reinserir e reintegrar os usuários na sociedade e família, o que possibilitará uma melhor efetividade da assistência e acompanhamento aos usuários pelo serviço.

Dificuldade de relacionamento com os familiares: a convivência com os usuários de substância psicoativas é permeada de dificuldades decorrentes do

desalinhamento e desequilíbrio temporal determinado pelo desajuste do usuário no que se refere ao ritmo de vida do mesmo e da família, ocasionando desgaste emocional e físico, culpa familiar pelo aparecimento da doença, sobrecarga financeira e conflitos e perdas de múltiplas ordens (VICENTE, 2013).

Observar as relações familiares, para conhecer os vínculos diretos com os usuários para que possa se esclarecer as dificuldades de relacionamento e trabalhar dando enfoque a estas dificuldades.

Reconhecer e aceitar a doença: os usuários de substâncias psicoativas buscam tratamento a partir da ajuda de familiares ou de amigos ou devido ao surgimento de problemas devido ao uso, porém manifestam resistência por não considerarem o consumo exagerado ou como um vício. A dificuldade de adesão dos dependentes químicos ao tratamento é uma das grandes causas do insucesso do tratamento em saúde mental. Existem diversos tratamentos especializados, no entanto estes necessitam ser intensivos e centrados na solução de problemas cotidianos do usuário, bem como possuir uma abordagem multidisciplinar onde ele poderá aderir ou não ao tratamento (GABATZ, 2013).

Prestar subsídios e esclarecimentos para que o usuário aceite e compreenda que seu atual estado configura-se como uma doença e como tal necessita de tratamento.

Recaídas: os usuários que estão iniciando o seu atendimento, tratar as recaídas como uma fragilidade do tratamento, porém deve se compreender e estimular que as recaídas fazem parte do processo terapêutico, mesmo quando os usuários estiverem inseridos e aderidos ao tratamento. Já os usuários de acompanhamento de longa data tratar as recaídas como parte do processo terapêutico, um acidente de percurso, onde o usuário deve tentar esclarecer as causas que o levam a recair para que a equipe do serviço de saúde do CAPS possa trabalhar sobre esses fatores, fortalecendo a auto-estima e a confiança no tratamento.

De acordo com Gabatz (2013), os usuários necessitam demonstrar sua impotência mediante ao uso de substâncias para somente assim conseguirem iniciar o tratamento e se dedicar a ele. No entanto para que o usuário consiga ultrapassar o obstáculo da recaída, é indispensável que ele se conscientize da sua doença e dos malefícios ocasionados por ela. E que as recaídas nada mais são que uma etapa a ser vencida do processo.

Internação psiquiátrica: alguns dos usuários em tratamento no CAPSad podem ser encaminhados ou já terem passado por uma internação psiquiátrica, a qual que oferece um tratamento diferente daquele proposto pelo CAPS. É importante trabalhar com os usuários que as condições e o tratamento proposto por uma instituição hospitalar são geralmente voltadas a desintoxicação e aos sintomas agudos do uso de substâncias psicoativas e que o CAPSad possui objetivos diferenciados como proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, reinserção social e ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares.

Levando em consideração todo o contexto da reforma psiquiátrica o hospital surge como a salvação em nome da liberdade, dos direitos dos usuários a um tratamento mais humanizado, principalmente com a proposta de possibilitar o avanço da saúde mental, sendo um lugar onde se poderia observar descrever, conhecer e intervir sobre o sofrimento psíquico, para corrigi-lo e deste modo devolver a liberdade ao sujeito. Na atualidade os hospitais psiquiátricos possuem como finalidade o atendimento aos surtos e as desintoxicações (DE ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Preconceito e estigma: a ressocialização é um processo gradativo e demorado para alguns usuários, é importante esclarecer os estigmas e os preconceitos que podem aparecer no neste percurso, para que os usuários não fiquem desmotivados ou descrentes na possibilidade dessa reinserção social.

Um dos tipos mais freqüentes de violência contra os usuários, ou portadores de sofrimento psíquico é a violência interpessoal. Este tipo de violência ultrapassa as relações de vizinhança e de desconhecidos nos espaços da rua. Tal violência geralmente é caracterizada por algum tipo de comentários estigmatizantes, humilhações e maus tratos gratuitos, como pré julgamentos e comentários que digam que é apenas falta de vergonha na cara (VICENTE, 2013).

Esclarecimentos aos familiares sobre o tratamento: os familiares fazem parte do elo existente entre o CAPS e usuário e constituem parte fundamental do processo terapêutico, porém os mesmos possuem por vezes o entendimento distorcido dos transtornos mentais e das dependências de seus familiares. É necessário esclarecer sobre o processo terapêutico aos familiares sobre o usuário para que estes possam ser inseridos no processo terapêutico desenvolvido pelo CAPSad (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2011).

Os medos: é normal que os usuários sintam medo, medo do tratamento, medo das mudanças necessárias, da família, da sociedade e deles mesmo. Tratar o medo como sentimento comum a todos os seres humanos é um facilitador para a compreensão deste. Nos grupos e oficinas o medo deve ser abordado como sentimentos originados pelas mudanças e pela vida cotidiana devem ser trabalhado meios, que serão extremamente individuais de acordo com cada usuário, de enfrentamento destes medos.

O medo é um grande obstáculo para a aceitação dos usuários na família e na sociedade porque limita os relacionamentos interpessoais. Aliado ao medo encontra-se a vergonha e o constrangimento dos familiares frente ao comportamento considerado inadequado do usuário, o que dificulta à convivência, a interação social e, por consequência, a reinserção desse indivíduo no contexto familiar e social. Somado a este fato temos o medo do usuário de voltar a este convívio e ao seu cotidiano, que lhe remete a diversos fatores que o favorecem ao uso abusivo de substâncias psicoativas (VICENTE, 2013).

Família do usuário do CAPSad: no CAPS, os canais de comunicação entre usuários, familiares e equipe multiprofissional estão sempre permissíveis. Assim ao observar a proposta dos CAPS, os familiares são convidados a participar e a fazer parte de modo atuante do projeto terapêutico dos usuários, a fim de favorecer o desenvolvimento do cuidado e serem sujeitos de cuidado dos profissionais da equipe multidisciplinar que presta atendimento no serviço (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2011).

A família deve ser inserida no tratamento desde o primeiro passo do tratamento dispensado pelo CASPad, pois após o término do acolhimento o usuário voltará diariamente para casa. O lar para o usuário deve ser um lugar que conforta e oferece segurança, não deve ser um meio de atrito e dificuldades. A equipe do CAPSad deve ser capaz de vincular essa família e inseri-la no serviço tornando-a parte deste processo.

8.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Passo a Passo

1) IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Fone:

Nome do acompanhante:

Endereço do acompanhante:

Fone:

2) HISTÓRICO PESSOAL

Como você descreveria sua infância?

Algum fato que lhe marcou?

Como você descreveria sua adolescência?

Algum fato que lhe marcou?

Sua vida adulta como descreveria?

Que fato de sua vida o senhor (a) considera mais importante?

Frequentou a escola?

Até que série?

Possui dificuldades para interagir com as demais pessoas?

Possui amigos de longa data?

Quem são estes amigos?

3) FAMÍLIA

Estado civil:

Reside com familiares?

Quem são esses familiares?

Possui filhos?

Quantos?

A sua família participa do seu tratamento?

Como você classificaria as suas relações familiares?

Qual a importância da sua família no seu tratamento?

4) TRABALHO E RENDA

Qual a sua profissão?

Trabalha no momento?

Onde já trabalhou?

Gostava da sua profissão?

Com quem aprendeu sua profissão?

Possui auxílio ou alguma renda?

5) DEPENDÊNCIA

Faz uso de que substância psicoativa?

Há quanto tempo faz uso dessa substância?

Já iniciou tratamentos anteriores?

Onde foram realizados?

Quanto tempo durou o tratamento?

5) DEPENDÊNCIA (continuação)

Já sofreu alguma recaída nesse período?

Já passou por internações psiquiátricas ou comunidades terapêuticas?

O que o senhor (a) acha que o levou ao uso de drogas ou álcool?

5.1 História do uso de substâncias psicoativas

Idade	Substância	Padrão de uso	Frequência	Contexto do uso	Tempo de uso	Abstinência

5.2 Problemas ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas:

Tópico a ser preenchido de acordo com as queixas e percepções do usuário.

Pessoais/Afetivos	Profissionais/legais/financeiros
Familiares	Sociais

6) O CAPS E O TRATAMENTO

Como chegou ao CAPSad?

O que sabe sobre o tratamento desenvolvido no CAPSad?

Sabe os motivos que lhe trouxeram até o CAPSad?

Faz uso de algum medicamento para o tratamento da dependência?

Quais?

O que sabe sobre estes medicamentos?

Existe alguma medicação que faz uso que percebe algum efeito colateral?

Como está se sentindo em relação a este novo tratamento?

O usuário possui conhecimento sobre os fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas?

Se não, orientar e questionar: Quais os fatores que o usuário considera de risco?

O usuário possui conhecimento dos considerados fatores de proteção?

Se não, orientar e questionar: Quais os fatores que o usuário reconhece como fatores de proteção?

O que você espera do tratamento a ser desenvolvido no CAPS?

Quais seus objetivos e metas para o tratamento?

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento desta pesquisa pudemos caracterizar os usuários do CAPSad III do GHC para que pudéssemos analisar questões como idade, sexo, estado civil, funções laborais e padrões do abuso de substâncias psicoativas. Tal caracterização nos possibilitou identificar que a idade média dos usuários foi de 44 anos, em sua grande maioria do gênero masculino, solteiros, naturais e originários de Porto Alegre, recebendo auxílio doença e com média de utilização de substâncias psicoativas de 15,6 anos.

Buscamos compreender com esta pesquisa as expectativas dos usuários quanto ao tratamento dos profissionais de um CAPSad, além de conhecer as expectativas dos usuários quanto ao tratamento disponibilizado pelos enfermeiros do serviço. Durante esta pesquisa, buscamos desenvolver uma escuta que fosse capaz de extrair as vivências e experiências dos usuários do CAPS que aceitaram participar do estudo e desenvolver esta mesma troca com os enfermeiros deste serviço. Tal escuta desprovida de qualquer julgamento ou preconceito com os usuários, respeitando as perspectivas da escolha metodológica desta pesquisa: a fenomenologia.

Com esta pesquisa os usuários referiram satisfação quanto ao serviço disponibilizado no CAPS, referindo-se especialmente quanto à estrutura física e fatores relacionados com a ambiência e sobre o tratamento disponibilizado pela equipe. Os usuários referem diversas atividades que participam no CAPS e que favorecem o seu tratamento, além de prover a reinserção social, como oficinas terapêuticas e atendimento individuais. Quanto as concepções sobre a equipe de enfermagem, os usuários demonstram a importância destes profissionais e o vínculo existente. Os usuários também trouxeram nas suas falas as suas concepções sobre o tratamento da Dependência Química, em que surge a a valorização das intervenções psicossociais, como a comunicação terapêutica e o relacionamento interpessoal. Sobre as expectativas dos usuários quanto aos enfermeiros do CAPSad identificou-se por um lado o vínculo e satisfação com relação ao tratamento dos enfermeiros, mas por outro, ainda há usuários que sentem a necessidade de que os enfermeiros dispusessem de um maior tempo para ouvi-los.

A partir da união dos dados obtidos com a caracterização dos sujeitos e as expectativas dos mesmos quanto ao CAPS, ao seu tratamento e aos enfermeiros, surge à possibilidade de construir uma consulta de enfermagem voltada especificamente para os usuários deste serviço. Para a construção desta consulta buscamos levar em consideração as particularidades e sugestões que os usuários acreditavam ser importantes para o desenvolvimento do seu processo terapêutico. E somamos a esta as considerações dos enfermeiros do CAPSad III, para que deste modo a consulta de enfermagem construída pudesse ser o mais completa possível e capaz de satisfazer as necessidades dos usuários, do serviço e dos enfermeiros.

A consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro entrevistador conhecer melhor o usuário e seus anseios, dificuldades e angústias sobre o tratamento, além disto, favorece o estabelecimento de vínculos e fortalece o desenvolvimento do plano terapêutico. As consultas de enfermagem em saúde mental tornam-se cada vez mais indispensáveis pela ampliação que esta rede vem sofrendo. E o lugar que os enfermeiros assumem nesta nova configuração da assistência em saúde mental deve ser de facilitador deste processo terapêutico e a consulta de enfermagem vem dando sustentabilidade teórica a esta ideia.

O CAPS surge na história da Reforma Psiquiátrica como um serviço substitutivo, numa ótica ampliada e humanizada da atenção a saúde mental. Atualmente o CAPS vem tornando-se parte integrante, importante e fundamental do cotidiano dos usuários do serviço, estabelecendo e criando vínculos, construindo expectativas, desenvolvendo uma nova concepção de vida para os usuários proporcionando a inclusão social dos mesmos. Ao observar assistência fornecida aos usuários do CAPS, o modelo que se configuram os serviços substitutivos, de modo que os usuários possam permanecer em suas residências, mantendo e fortalecendo os laços familiares e sociais sem a necessidade do completo isolamento de uma internação psiquiátrica convencional, o CAPS possibilita a ampliação do olhar do usuário sobre si mesmo, sobre o tratamento ao qual faz parte e é parte fundamental do plano terapêutico.

Por se tratar de um serviço de características ímpares os CAPS favorecem a criação de vínculos e o contato direto com a equipe terapêutica, sendo eles psicólogos, assistente social, psiquiatra, equipe de enfermagem e mais uma gama de profissionais envolvidos neste processo. A enfermagem se tratando de uma profissão onde uma de suas principais características é o contato direto com os

usuários, no CAPS não seria diferente. Os enfermeiros dos CAPS são parte fundamental do processo organizacional e do plano terapêutico dos usuários. Os usuários desta forma criam um vínculo de confiança com o profissional enfermeiro, e passam a ver este enfermeiro como alguém capaz de lhe fornecer, além da assistência e orientações necessárias, um lugar seguro para seus medos e angústias comuns ao tratamento de dependência de álcool e outras drogas.

É de fato observado durante a realização desta pesquisa que existe uma singularidade em cada relação enfermeiro/usuário, que apesar de se tratar do mesmo serviço, o modo de interpretar e vivenciar cada experiência é único para cada usuário e para cada enfermeiro. Tal forma de encarar as experiências do cotidiano do CAPS possibilita a cada usuário uma forma distinta e única de experimentar os processos terapêuticos, as oficinas, os grupos e as reuniões, conferindo ao CAPS a singularidade que o torna tão diferenciado dentre os tratamentos de saúde mental.

O enfermeiro é peça chave no desenvolvimento de cada plano terapêutico, de cada oficina, na organização e planejamento do CAPS, entre diversas outras funções que garantem ao usuário o tratamento desejado, ou o tratamento que é possível dispensar, e também é fundamental no oferecimento do amparo, da escuta e do conforto. Ao desempenhar uma escuta livre de qualquer expressão de julgamento o enfermeiro cria um vínculo de segurança e confiança diferente em cada usuário, vínculo utilizado para assegurar uma adesão e uma maior eficiência de todo o processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ABUHAB, Deborah et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369, jul. 2008.
- ALFING, Cleide Estela dos Santos et al. Análise das atividades desenvolvidas por mulheres depressivas assistidas em um serviço de saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 10, dez. 2013.
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 1995.
- ARAUJO, Nayara Bueno de et al. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, 2012.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de; GAUDÊNCIO, Marcia Maria de Paiva. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2009.
- _____. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Jun. 2011.
- _____. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 145, n. 1, p. 56-63, 2010.
- BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônia Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jun. 2011.
- BEDIN ZANATTA, Aline; GARGHETTI, Francine Cristine; LUCCA, Sérgio Roberto de. O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 1, 2012.
- BELLUCCI JUNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, out. 2012.
- BEZERRA, Felipa Daiana et al. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 11/29). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1>. Acesso em 20 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**. Dispõem sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002.

_____. **Portaria nº 3.088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011.

_____. **Lei Federal nº 10.216**. Dispõem sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência na área de saúde mental. Brasília, 2001.

_____. **Decreto nº 7.179**. Dispõem sobre a instituição do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras. Brasília, DF, 2010.

_____. **Portaria GM/MS nº 816**. Dispõem sobre o aumento crescente do consumo de álcool e outras drogas e a necessidade de ampliação dos serviços do SUS. Brasília, DF, 2002.

_____. **Portaria/SNAS nº 224**. Dispõem sobre a implantação e normatização da assistência dos CAPS e NASF como redes de atenção básica. Brasília, DF, 1992.

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

_____. **Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas**. Políticas sobre Drogas. Tratamento. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID={CD569DD3-197E-4A44-A9C1-5A3E8C00DEAD}¶ms=itemID={B9C321F5-C7EB-49F5-BEB1-D08328322F09};&UIPartUID={2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26}>>. Acesso em 10 de julho de 2013.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalización de los desvíos de comportamiento en la infancia: aspectos positivos y negativos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 33, n. 1, 2013.

BANDEIRA, Marina et al. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, 2009.

BRITO, Thaís Alves; JESUS, Cleber Souza; FERNANDES, Marcos Henrique. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 514-526, abr./jun. 2012.

CAMATTA, M. al. Contributions from Alfred Schütz's phenomenological sociology for nursing research - review article. Online Brazilian Journal of Nursing. Niterói, v. 7, n. 2, abr. 2008.

CAMPOS; Célia Maria Sivalli; BARROS, Sônia. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-276, 2008.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al . Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, ago. 2009.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 9. 2009.

CAPALBO, Creusa. **Metodologia das ciências Sociais**: a fenomenologia de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Antares Universitária, 1979.

_____. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: EdUFSC, 1984.

_____. **Fenomenologia e ciências humanas**. 3. ed. Londrina: UEL, 1996.

CARVALHO, José Luis Felício; CONSTANT VERGARA, Sylvia. A fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 42, n. 3, 2002.

CASTRO, Fábio Fonseca. A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 48, n. 1, p. 52-60, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças, em Português. **Classificação Estatística Internacional de Doenças w Problemas Relacionados à Saúde - Cid 10**. 10. rev. São Paulo: EDUSP, 1994. v. 1.

CRUZ, Wilma Batista Souza da; MELLEIRO, Marta Maria. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

CORREIA, João Carlos. **A teoria da comunicação de Alfred Schutz**. Lisboa: Horizonte, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp>>. 2009. Acesso 14 jul. 2010.

DUALIBI, Lúgia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 4, supl. 545-547, 2008.

FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, dec. 2009.

FERREIRA, Vinícius Moniz; TOCANTINS, Florence Romijn; NOGUEIRA, Mariana Lima. Enfermeiro e familiar de usuário de centro de atenção psicossocial: necessidade de saúde expressa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, 2009.

FREITAS, Genival Fernandes de; OGUIISO, Taka; MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2006.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FORMOZO, Glaucia Alexandre. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista de Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.

FUZZETI, Mariana Fiore; CAPOCCI, Pollyana Oliveira. As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil. **Revista de Enfermagem UNISA**, Santo Amaro, v. 4, p. 37-39, 2003.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

GOMES, Anna Luiza Castro; SA, Lenilde Duarte de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

GOMES, A. et al. Rehabilitation in substance dependency: An intervention-research in a military. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 11, n. 2, p. 471-474, set. 2012.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, v. 33, n. 1, 2007.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de psicofarmacologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

HOLANDA, Adriano. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 24, n. 3, jul. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **IBGE Cidades@**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=431490>>. Acesso em: 13 maio 2013.

JANUARIO, Livia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 2, jun. 2009.

JESUS, Maria Cristina Pinto de et al. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, jun. 2013.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

KESSLER, Felix et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista Psiquiatria RS**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 33-41, 2013.

_____. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um centro de atenção. **Revista Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2011.

_____. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011.

LIMA, Cristina Alves de; TOCANTINS, Florence Romjin. Healthcare needs of the aged: perspectives for nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 367-373, 2009.

LOPES, Juliana de Lima et al. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2009.

LORENÇO, Cidolina et al. Confiança versus desconfiança na relação de cuidar: confiança enfermeiro-cliente, um conceito em construção no CHLN-HPV. **Revista Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 15, n. 2, 2011.

MACEDO, Simara Moreira de; SENA, Márcia Cristina dos Santos; MIRANDA, Karla Corrêa Lima. Consulta de enfermería al paciente con VIH: perspectivas y desafíos bajo la perspectiva de enfermeros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, abr. 2013.

- MACEDO, Fernanda Maria Felício; BOAVA, Diego Luiz Teixeira; ANTONIALLI, Luiz Marcelo. A fenomenologia social na pesquisa em estratégia. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 13, n. 5, out. 2012.
- MALBERGIER, André. **Dependência química**. São Paulo: Laboratório de Neurociência USP, Instituto de Psiquiatria: 2005.
- MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2013.
- MARTINEZ, Elena Araujo; TOCANTINS, Florence Romijn; SOUZA, Sônia Regina de. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, mar. 2013.
- MARZANO, Maria Luisa Rietra; SOUSA, CAC de. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 577-584, 2004.
- MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 644-653, 2002.
- MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012.
- MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2011.
- MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dec. 2010.
- NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011.
- NEVES, Augusto César Lima; MIASSO, Adriana Inocenti. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, jun. 2010..
- ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, jun. 2003.

PANIZZA, Luciano. **Da Sociologia Compreensiva de Max Weber à Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz**. 1980. 144 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Departamento de Filosofia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1980.

_____. O pensamento de Alfred Schütz – Sociologia fenomenológica. **Revista Brasileira de Filosofia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 122, p. 128-133, abr./jun., 1981.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, ago. 2004.

PETERLINI, Olga Laura Giralde; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 2, 2010.

PENA, Mileide Moraes; MELLEIRO, Marta Maria. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, 2012.

POKORSKI, Simoni et al. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, jun. 2009.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-348, 2009.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITAO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, 2008.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=686>. Acesso em: 23 maio 2013.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, jun. 2009.

REBELLO, André Soares; MOURA-NETO, Rodrigo; CARVALHO, Maria da Glória da Costa. Association study of the Ile349val polymorphism of the gene ADH1C and alcohol dependence. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, 2011.

SANTIAGO, Ariane Rodrigues Jacobina Vieira; CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro. Supervisão de enfermagem: instrumento para a promoção da qualidade na assistência. **Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, 2011.

SANTOS, Paulo; PONTOS, Leonardo. **Galileu**. Rio de Janeiro: Globo, 2003.

SILVA, Sandra Honorato da et al . Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba - PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

SILVA, Maria da Graça da; BOEMER, Magali Roseira. Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, jun. 2009.

SILVEIRA, Marília Rezende da; ALVES, Marília. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, out. 2003.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009.

SOARES, Régis Daniel et al. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2011.

SCHNEIDER, Jacó Fernando, CAMATTA, Marcio Wagner, NASI, Cíntia. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 520-526, dez.

SCHÜTZ, Alfres. **Collected Papers 1: the Problem of Social Reality**. Netherlands: Martins Nijhoff, The Hague, 1962.

_____. **Fenomenologia del mundo social**: introducción a la Sociologia Compreensiva. Buenos Aires: Paidós, 1972.

_____. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

_____. **Estudios sobre teoria social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

_____. **Collected Papers 2: studies in Social Theory**. Netherlands: Martinus Nijhoff, The Hague, 1976. p.

_____. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TULLER, Nivea Gisele Panizza et al. Os sofrimentos e danos biopsicossociais de dependentes químicos em recuperação. **Revista Cesumar**, Maringá, v. 14, n. 1, jan./jun. 2009.

VASCONCELOS, Isabel et al. Concepções de loucura em um traçado histórico-cultural: uma articulação com o Construcionismo. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, 2010.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões sobre “A História da Loucura” de Michel Foucault. **Revista Aulas, Dossiê Foucault**. São Paulo: IFCH/UNICAMP, 2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

VIEIRA, Julliana Keith de Sá et al. Concepção das drogas: Relatos de usuários do CAPS-ad de Campina Grande, PB. SMAD. **ReviSTA Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, 2010.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

ZALESKI, Marcos et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, jun. 2006.

ZERBETTO, Sonia Regina; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. Relacionamento não diretivo do enfermeiro com paciente em processo de ressocialização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, maio 2010.

APÊNDICE A – História da dependência de álcool e outras drogas pelo mundo

5400 - 5000 A.C.	Um jarro de cerâmica descoberto no norte do Irã, com resíduos de vinho resinado, é considerado a mais antiga evidência da produção de bebida alcoólica
4000 A.C.	Os chineses são, provavelmente um dos primeiros povos a usar a maconha. Fibras de cânhamo descobertas no país datam dessa época
3500 A.C.	Os sumérios, na Mesopotâmia, são considerados o primeiro povo a usar ópio. O nome dado por eles à papoula pode ser traduzido como "flor do prazer"
3000 A.C.	A folha de coca é costumeiramente mastigada na América do Sul. A coca é tida como um presente dos deuses
2100 A.C.	Médicos sumérios receitam a cerveja para a cura de diversos males, segundo inscrições em tabuletas de argila
2000 A.C.	Hindus, mesopotâmios e gregos usam o cânhamo como planta medicinal. Na Índia, a maconha é considerada um presente dos deuses, uma fonte de prazer e coragem
100 A.C.	Depois de séculos, o cânhamo cai em desuso na China e é empregado apenas como matéria-prima para a produção de papel
Século 11	Hassan Bin Sabah funda a Ordem dos Haximxim, uma horda de guerreiros que recebia, em sua iniciação, uma grande quantidade de haxixe, a resina da Cannabis
1492	O navegador Cristóvão Colombo descobre os índios usando tabaco durante suas viagens ao Caribe
Século 16	Américo Vespúcio faz na Europa os primeiros relatos sobre o uso da coca. Com a conquista das Américas, os espanhóis passam a taxar as plantações. Durante a expansão marítima para o Oriente, os portugueses adotam a prática de fumar ópio
1550	Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, envia sementes de tabaco para Paris
Século 17	O gim é inventado na Holanda e sua popularização na Inglaterra no século 18 cria um grave problema social de alcoolismo
Século 18	O cânhamo volta a ser usado no Ocidente, como planta medicinal. Alguns médicos passam a usá-lo no tratamento da asma, tosse e doenças nervosas
Século 19	Surgem os charutos e cigarros. Até então, o tabaco era fumado principalmente em cachimbos e aspirado na forma de rapé
1845	O pesquisador francês Moreau de Tours publica o primeiro estudo sobre drogas alucinógenas, descrevendo seus efeitos sobre a percepção humana
1850-1855	A coca passa a ser usada como uma forma de anestesia em operações de garganta. A cocaína é extraída da planta pela primeira vez.
1852	O botânico Richard Spruce identifica o cipó <i>Banisteriopsis caapi</i> como a matéria-prima de onde é extraída a ayahuasca
1874	Com a mistura de morfina e um ácido fraco semelhante ao vinagre, a heroína é inventada na Inglaterra por C.R.A. Wright A prática de fumar ópio é proibida em San Francisco (EUA). A Sociedade para a Supressão do Comércio do Ópio é fundada na Inglaterra, e só quatro anos depois as primeiras leis contra o uso

	de ópio são adotadas
1884	O uso anestésico da cocaína é popularizado na Europa. Dois anos depois, John Pemberton lança nos EUA uma bebida contendo xarope de cocaína e cafeína: a Coca-Cola. A cocaína só seria retirada da fórmula em 1901
1896	A mescalina, princípio ativo do peyote, é isolada em laboratório
1898	A empresa farmacêutica Bayer começa a produção comercial de heroína, usada contra a tosse
1905	Cheirar cocaína torna-se popular. Os primeiros casos médicos de danos nasais por uso de cocaína são relatados em 1910. Em 1942, o governo dos EUA estima em 5.000 as mortes relacionadas ao uso abusivo da droga
1912	A indústria farmacêutica alemã Merck registra o MDMA (princípio ativo do ecstasy) como redutor de apetite. A substância, porém, não chega a ser comercializada.
1914	A cocaína é banida dos EUA
1930	Num movimento que começa nos Estados Unidos, a proibição da maconha alcança praticamente todos os países do Ocidente
1943	O químico suíço Albert Hofmann ingere, por acidente, uma dose de LSD-25, substância que havia descoberto em 1938. Com isso, ele descobre os efeitos da mais potente droga alucinógena
1950-1960	Cientistas fazem as primeiras descobertas da relação do fumo com o câncer do pulmão
1953	O exército norte-americano realiza testes com ecstasy em animais. O objetivo era investigar a utilidade do agente em uma guerra química
1956	Os EUA banem todo e qualquer uso de heroína
1965	O LSD é proibido nos EUA. Seus maiores defensores, como os americanos Timothy Leary e Ken Kesey, começam a ser perseguidos. Alexander Shulgin sintetiza o MDMA em seu laboratório. Ao mastigá-lo, sente "leveza de espírito" e apresenta a droga a psicoterapeutas
Anos 70	O uso da cocaína torna-se popular e passa a ser glamourizado. Nos anos 80, o preço de 1 Kg de cocaína cai de US\$ 55 mil (1981) para US\$ 25 mil (1984), o que contribui para sua disseminação
1977	Início da "Era de Ouro" do ecstasy. Terapeutas experimentais fazem pesquisas em segredo para não chamar a atenção do governo
Década de 80	Surge o crack, a cocaína na forma de pedra. A droga, acessível às camadas mais pobres da população tem um alto poder de dependência
1984	A Holanda libera a venda e consumo da maconha em estabelecimentos específicos - os coffee shops O uso recreativo do MDMA ganha as ruas. Um ano depois, a droga é proibida nos EUA e inserida na categoria dos psicotrópicos mais perigosos
2001	Os EUA dão apoio financeiro de mais de US\$ 2 bilhões ao combate ao tráfico e à produção de cocaína na Colômbia
2003	O governo canadense anuncia que vai vender maconha para doentes em estado terminal. É a primeira vez que um governo admite o plantio e comercialização da droga.

APENDICE B – Roteiro para Entrevista

Caracterização:

- 1) Idade:
- 2) Sexo:
- 3) Estado civil:
- 4) Escolaridade:
- 5) Naturalidade:
- 6) Profissão:
- 7) Trabalha no momento?
- 8) Início do uso de substâncias psicoativas/álcool?
- 9) Substâncias utilizadas
- 10) Quanto tempo de tratamento no CAPS GHC?
- 11) De que modo chegou ao serviço do CAPS GHC?
- 12) Regime de tratamento que está inserido?

Questões norteadoras:

- 13) Me fale como é o seu atendimento aqui no CAPS?
- 14) Me fale o que você espera do profissionais enfermeiro durante seu tratamento?

APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos de Porto Alegre (UNISINOS), intitulada: “CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS SOB A ÓTICA DO USUÁRIO: subsídios para a qualificação da consulta de enfermagem”, que tem como objetivo principal: Compreender a visão dos usuários no tratamento em um CAPS AD. O tema escolhido se justifica pela importância desta modalidade de serviço e para o fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental.

O trabalho está sendo realizado pela Acadêmica Débora Biffi orientado e supervisionado pela profª Dra. Cíntia Nasi.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder duas questões norteadoras pré estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/2012).

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para a minha atuação profissional.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Débora Biffi, pelo telefone do 32244132, email:biffidebora@yahoo.com.br e endereço da UNISINOS: rua Luiz Manoel Gonzaga, nº 744, 3º andar, Três Figueiras, – Porto Alegre.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado
Nome:

Assinatura da pesquisadora
Nome da pesquisadora: Débora Biffi

ANEXO A – PARECER CONS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Sob a Ótica do Usuário: Subsídios para a qualificação da consulta de enfermagem

Pesquisador: Débora Biffi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22845713.0.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 488.815

Data da Relatoria: 11/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de mestrado do Programa de Mestrado Profissional de Enfermagem e que busca compreender as expectativas dos usuários de um CAPSad do município de Porto Alegre identificando as expectativas dos usuários quanto ao tratamento prestado pelos profissionais de enfermagem do CAPSad bem como desenvolver um roteiro de consulta de enfermagem para utilização dos enfermeiros do CAPSad.

Objetivo da Pesquisa:

Estão elaborados adequadamente para o estudo proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora esclarece que os riscos decorrentes da participação do estudo são mínimos, especialmente quanto ao constrangimento de participar de uma entrevista gravada e quanto ao desconforto em falar sobre o seu tratamento. Caso haja algum desconforto maior de algum paciente será assegurada o seu atendimento no próprio CAPS pela equipe profissional do serviço.

Em relação aos benefícios do estudo, estão relacionados com o repensar sobre a atenção a saúde mental disponibilizada aos usuários do CAPS de interesse para a enfermagem principalmente pois irá instituir a consulta de enfermagem direcionada para saúde mental, referente ao Caps onde o

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 488.815

estudo será realizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo está bem fundamentado com a proposta metodológica da fenomenologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresenta-se em uma linguagem bastante técnica em relação aos participantes da pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Redigir o TCLE em linguagem mais amigável e excluir o penúltimo parágrafo do mesmo.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado pede que a pesquisadora atenda os ajustes mencionados no "Parecer Consubstanciado do CEP".

SAO LEOPOLDO, 11 de Dezembro de 2013

Assinador por:
José Roque Junges
(Coordenador)

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Sob a Ótica do Usuário: Subsídios para a qualificação da consulta de enfermagem

Pesquisador: Débora Biffi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22845713.0.3001.5530

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 604.573-0

Data da Relatoria: 19/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional em Enfermagem, a ser realizado em um CAPS ad, com vistas à construção de uma proposta de intervenção para a qualificação das consultas de enfermagem no mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Compreender as expectativas dos usuários de um CAPSad do município de Porto Alegre.

Objetivos específicos:

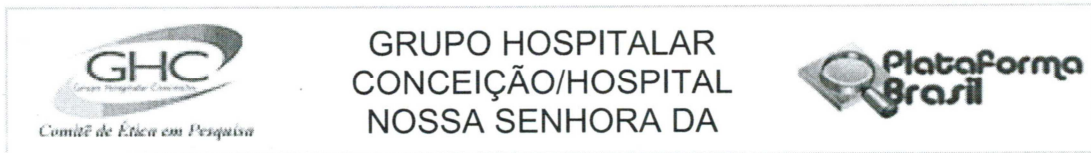
Identificar as expectativas dos usuários quanto ao tratamento prestado pelos profissionais de enfermagem do CAPSad;

Desenvolver um roteiro de consulta de enfermagem para utilização dos enfermeiros do CAPSad.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto declara riscos mínimos, que podem estar relacionados a desconforto em falar sobre seu tratamento e constrangimento em conceder entrevista. Em caso de desconforto maior, o atendimento do paciente será no próprio CAPSad.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



Continuação do Parecer: 604.573-0

Os benefícios decorrem da avaliação do que e como o serviço oferece atenção à saúde mental de seus usuários, permitindo sugerir e implantar intervenções de qualificação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O texto apresenta bom referencial de contextualização sobre o tema Saúde Mental, inclusive no que se refere às políticas públicas sobre o mesmo, bem como o enfoque histórico e recomendações para tratamento de dependência química. Além disso, defende de forma coerente a consulta de enfermagem sistematizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi adequado conforme solicitado por este CEP.

Recomendações:

Recomenda-se revisão do texto. Por exemplo: há repetição de parágrafos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
Daniela Montano Wilhelms
 (Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 604573 gerado na data 12/03/2014 20:17:51, onde o número CAAE foi alterado de 22845713.0.0000.5344 para 22845713.0.3001.5530.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br