

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAFAEL GIL MEDEIROS

**DESAFIOS DO PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
A PESSOAS QUE USAM DROGAS**

PORTO ALEGRE

2020

RAFAEL GIL MEDEIROS

**DESAFIOS DO PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
A PESSOAS QUE USAM DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso realizado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem - Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Profº Drº Leandro Barbosa de Pinho

PORTO ALEGRE

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Gil Medeiros, Rafael

Desafios do papel da enfermagem na atenção
psicossocial a pessoas que usam drogas / Rafael Gil
Medeiros. -- 2020.

112 f.

Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Saúde Mental. 2. Papel do Profissional de
Enfermagem. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Barbosa de
Pinho, Leandro, orient. II. Título.

RESUMO

Introdução: O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira remonta à própria organização do Sistema Único de Saúde no contexto do movimento sanitário, tendo resgatado, no campo álcool e drogas, a dimensão da promoção à saúde, com a atuação de equipes multiprofissionais, em um modelo de atenção psicossocial que objetivou superar barreiras simbolizadas no modelo asilar, historicamente centrado nas figuras da psiquiatria e da enfermagem. Neste cenário, a enfermagem têm sido objeto de diferentes estudos que visam compreender como esta categoria profissional têm vivenciado os desafios implicados em sua reinvenção prática e teórica na construção do modelo psicossocial. **Objetivo:** Conhecer os desafios representados no papel da enfermagem na atenção psicossocial às pessoas que usam álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa a partir de recorte da pesquisa ViaREDE, com análise dos dados secundários da mesma a partir do referencial de Stella Taquette, compreendendo etapas de organização, decomposição de dados textuais, descrição, categorização, análise e interpretação; buscando-se elementos comuns e divergentes nos relatos, para colocá-los em diálogo com a literatura atualizada. As 15 entrevistas selecionadas foram realizadas entre 2012 e 2014 junto a grupos de interesse de trabalhadores e gestores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Nova Vida, do município de Viamão. **Resultados:** A partir da organização e decomposição dos dados textuais, que apontaram para a valorização do compromisso ético-político com a Reforma Psiquiátrica no papel de profissionais da equipe, junto à literatura sobre a atenção psicossocial em saúde mental, álcool e drogas, foram descritas e categorizadas três unidades temáticas sobre o perfil de atuação no modelo psicossocial: o Ideal, o Real e o Possível. **Conclusão:** A compreensão dos diferentes desafios colocados à reinvenção do papel da enfermagem, em suas dimensões práticas e teóricas, proporciona uma importante via de reflexão diante das mudanças das políticas públicas intersetoriais que compõem o campo da Saúde Mental, álcool e drogas. Os relatos de gestores e trabalhadores, coletados no contexto de um serviço comprometido em cumprir as atribuições do modelo psicossocial, apontaram para tópicos relevantes na reinvenção da formação profissional em Enfermagem. Considerando-se os processos históricos do surgimento deste núcleo profissional no modelo asilar, foi possível conceber o modo como a Enfermagem pode aplicar o conhecimento científico em práticas assistenciais e gerenciais que levem em conta os determinantes sociais de saúde, alinhando o rigor metodológico com o compromisso ético-político.

Palavras-chave: Saúde Mental. Papel do Profissional de Enfermagem. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of the Brazilian psychiatric reform has a process that dates back to the organization of the single health system, in the context of the health movement. In the field of mental health care for people who use alcohol and drugs, psychiatric reform was able to bring the dimension of health promotion, through the work of multiprofessional teams, in a model of psychosocial care that aimed to overcome barriers symbolized in the asylum model, historically centered on the figures of psychiatric medicine and nursing. In this context, the approximation of nursing with the mental health field has been the subject of different studies that aim to understand how this professional category has experienced its practical and theoretical reinvention according to the implementation of the psychosocial model, which is characterized by the performance of a multidisciplinary team. **Objective:** To know the challenges represented in the role of nursing in psychosocial care for people who use alcohol and other drugs in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. **Method:** This is a qualitative research based on the ViaREDE survey, with analysis of its secondary data from the framework of Stella Taquette, which comprises the stages of organization, decomposition of textual data, description, categorization, analysis and interpretation; looking for common and divergent elements in the reports, to put them in dialogue with the updated literature. The 15 selected interviews were conducted between 2012 and 2014 with interest groups of workers and managers of the Center for Psychosocial Care for Alcohol and Drugs Nova Vida, in the municipality of Viamão. **Results:** The organization and decomposition of textual data pointed to the valorization of the ethical-political commitment to Psychiatric Reform in the role of team professionals, which together with the literature on psychosocial care in mental health, alcohol and drugs, were described and categorized in three thematic units on the performance profile in the psychosocial model: the Ideal, the Real and the Possible. **Conclusion:** Understanding the different challenges posed to reinventing the role of nursing in its practical and theoretical dimensions, through the updated literature on mental health, provided an important way of reflection in the face of changes in the intersectoral public policies that make up the field of Mental Health, Alcohol and drugs. The reports of managers and workers, collected in the context of a service committed to fulfilling the attributions of the psychosocial model, pointed to relevant topics in the reinvention of professional training in Nursing, considering the historical processes of the emergence of this professional nucleus and the challenges posed in their future contributions to the field of mental health.

Keywords: Mental Health. Nurse's Role. Mental Health Services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 DIFERENTES PARADIGMAS NO CUIDADO A PESSOAS QUE USAM DROGAS... ..	14
3.2 DILEMAS DO PAPEL DA ENFERMAGEM NO MODELO PSICOSSOCIAL.....	18
4. METODOLOGIA.....	27
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	27
4.2 A PESQUISA VIAREDE.....	27
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	29
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	32
5. ANÁLISE.....	33
5.1 IDEAL.....	40
5.2 REAL.....	46
5.3 POSSÍVEL.....	57
6. DISCUSSÃO.....	66
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXO I - PARECER DO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP) - VIAREDE.....	107

INTRODUÇÃO

A presente monografia pretende conhecer os desafios colocados ao papel do núcleo profissional da enfermagem na atenção psicossocial às pessoas que usam álcool e outras drogas. Para tanto, realizou-se um recorte da pesquisa ViaREDE, analisando dados secundários da mesma a partir do referencial de Stella Taquette (2017). Compreendendo etapas de organização, decomposição de dados textuais, descrição, categorização, análise e interpretação, buscou-se por elementos relevantes nos relatos, para então discutí-los junto à literatura atualizada. A pesquisa ViaREDE percorreu relatos através de entrevistas realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Viamão, entre os anos de 2012 e 2014.

O modelo psicossocial surge na história da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira como uma contraposição ao modelo manicomial, num processo de construção que remonta à própria organização do Sistema Único de Saúde, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e pelas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental que seguiram-se a esta, nos anos de 1986, 1987, 1992 e 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Desde a aprovação da Lei da RP, o trabalho em saúde mental passou por um período de grandes mudanças, com diferentes núcleos profissionais sendo convocados constantemente a debater políticas e realizar uma autocrítica, levando-se em conta a pluralidade de conhecimentos adquiridos na história da saúde mental.

A passagem da lógica hospitalocêntrica para uma atuação mais articulada em território (MARTINS, DE OLIVEIRA, ALVES E SOUZA; 2011) provocou alterações nos processos de trabalho nestes serviços. Até então centralizadas nas figuras da medicina e da enfermagem psiquiátrica, as equipes têm sido convidadas a assumirem novas composições e arranjos institucionais, considerando determinantes sociais e epidemiológicos de saúde e a dimensão da atenção psicossocial e comunitária (AMARANTE, 2011).

Assim, alguns núcleos profissionais historicamente ativos e participantes na construção e manutenção do modelo manicomial, como os núcleos da medicina e o da enfermagem (DA SILVA, KIRSCHBAUM; 2010), vêm sendo tensionados a produzir práticas em equipe multiprofissional, visando a

reinvenção de técnicas e propostas terapêuticas, notadamente no campo da atenção a pessoas que usam álcool e outras drogas (DE OLIVEIRA, SILVA; 2000; KANTORSKI, HIPOLITO, WILLRICH, MEIRELLES; 2010; FILHO, NASCIMENTO, DOS SANTOS, FÉLIS; 2015).

Neste contexto de mudanças, as demandas que recaem sobre as diferentes categorias, num movimento de transformação de suas práticas e saberes, puderam também ser documentadas e acompanhadas por pesquisadores. Este foi o caso da Pesquisa ViaREDE, coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que, entre os anos de 2011 e 2014, com uma metodologia avaliativa, de cunho qualitativo, teve como objetivo avaliar a RAPS do município de Viamão (RS) na atenção a pessoas que usam crack, tendo como serviço disparador da pesquisa o Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD).

As implicações pessoais deste trabalho, que fará um recorte da pesquisa ViaREDE, utilizando os dados da mesma, se reportam ao fato de, previamente à decisão de cursar Enfermagem, ter atuado no mesmo serviço pesquisado pela ViaREDE, no período entre 2015 e 2016, como técnico de nível superior (sociólogo).

Embora não pretenda lançar mão de relatos pessoais deste percurso durante as etapas de análise e discussão, é certo que estas experiências serviram de auxílio nas diferentes etapas de pesquisa, desde a escolha do tema até a definição do recorte diante dos dados da pesquisa ViaREDE. A tarefa de produzir conhecimento a partir destes dados tem um significado de recolocar questões pertinentes à formação profissional na graduação em Enfermagem, bem como à construção de critérios ético-políticos que sustentem a prática profissional, num contexto histórico em que a concepção teórica e estrutural da RAPS têm sofrido importantes alterações (BRASIL, 2019; DELGADO, 2019).

Uma outra dimensão de implicação pessoal neste trabalho surge do período como graduando. Meu percurso formativo na enfermagem envolveu naturalmente diferentes reflexões e autocríticas, passando em definitivo a enxergar o campo da saúde mental como algo transversal, ou seja, como um

conjunto de estratégias e abordagens que puderam ser úteis em todos os campos de estágio ao longo das disciplinas. Além disso, como parte inerente ao percurso formativo, constantemente me colocava à tarefa de pensar as condições de meu preparo e inserção profissional.

Com efeito, o termo “papel da enfermagem”, tal como é visto ou reivindicado formalmente nos objetivos de Planos de Ensino de disciplina ou no enunciado de tarefas em aulas, sempre me provocou grande estranhamento.

No campo das ciências sociais, o que chamamos de estranhamento é um fenômeno do olhar que, uma vez abordado como parte da construção de conhecimento, pode se tornar uma escolha metodológica (RABELO, 2004). Entende-se que, através do estranhamento subjetivo (e conceitual), pesquisadores de diferentes áreas vivenciam a aproximação de temas com os quais não têm, ainda, familiaridade (FERREIRA e BRANDÃO, 2019).

Tendo atuado em equipes multiprofissionais de saúde, meu estranhamento com as menções sobre o “papel da enfermagem”, de início, era que quase todas as questões que envolviam este papel pareciam, no fundo, se aplicar a toda e qualquer formação profissional no campo da saúde.

Junto a isso, surgia outro estranhamento, quando me via diante de uma Enfermagem cujo discurso parecia desejar tomar para si (ou acreditar que poderia tomar para si), como ato privativo de seu núcleo, o cuidado em saúde. Este discurso não raro surge embasado em um fato que situa o núcleo da Enfermagem como aquele que está sempre ao lado do paciente, imaginário que parece coerente com o surgimento do núcleo profissional, em contextos ambulatoriais e hospitalares.

Assim, compreendi que um importante componente deste estranhamento pessoal se devia aos interesses de pesquisa na Saúde Mental, uma vez que, desde a Reforma Psiquiátrica, temos tratado justamente de superar a centralidade da oferta em alta complexidade, dando a ela o lugar de complementação do cuidado, e não de porta de entrada.

Tive o privilégio de me formar sob um currículo voltado à formação de perfis profissionais generalistas, voltados à atuação na saúde pública e à consideração de questões ambientais e comportamentais (psicossociais) que

atravessam os processos de saúde e doença. Através das reflexões provocadas pelas disciplinas e nos momentos de práticas em estágios curriculares no hospital, pude também aprender a perceber a preocupação destas equipes em como melhor operacionalizar o conceito de cuidado em saúde, valorizando a demanda pela atuação e contribuição de outros núcleos (Educação física, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional).

O cuidado em saúde mental, ao menos de acordo com o modelo psicossocial, é sobretudo um fenômeno multifatorial. O conceito de cuidado que surge naturalmente em relatos de pesquisas de cunho avaliativo-participativo, como a pesquisa ViaREDE, sugere que quem cuida não é um núcleo, é uma rede, e esta rede, por sua vez, tem braços formais e informais (alguns destes, invisíveis ou indizíveis).

Entende-se que, se essa compreensão mais ampliada é válida para demandas clínicas em saúde, é preciso pensar quais provocações ela traz para o núcleo profissional da Enfermagem, quando atuante na Saúde Mental. Falamos aqui de uma provocação por mudanças, diante de formações profissionais cuja clínica em saúde mental ainda tem sido projetada de forma linear, vertical (FILHO, NASCIMENTO, DOS SANTOS, FÉLIS; 2015). Esta clínica, tensionada por mudanças, seria aquela na qual o foco do trabalho prioriza a identificação de sinais e sintomas, a categorização de quadros diagnósticos e a posterior definição de planos terapêuticos sem considerar, necessariamente, a participação das pessoas atendidas, em nenhuma das etapas deste processo.

Nesta temática, portanto, reside um desafio e uma contradição histórica: como é que a área da saúde mental, voltada ao vínculo, tem lidado com um papel da enfermagem tão associado, culturalmente, a perfis profissionais pouco acolhedores? Ao longo do

curso, nos campos de práticas de estágio curricular, pude ouvir diversas vezes profissionais dos serviços (e também colegas) afirmando que não viam a si mesmos preparados para a escuta da subjetividade de usuários. Em um campo na Atenção Básica, cheguei mesmo a presenciar um acolhimento cuidadoso e uma escuta sensível por parte de uma profissional que, minutos

depois do término da consulta, confessou comigo que lamentava o fato de não ter psicólogos na equipe, e de termos que nos contentar em fazer o que ela chamou de “enfermeiro-terapia”.

Embora veja na Psicologia um núcleo profissional que dispõe de diferentes ferramentas práticas e teóricas dedicadas ao cuidado como escuta sensível, é certo que a escuta não se trata de uma ferramenta privativa deste núcleo, e que o mesmo também não a reivindica desta forma. Como cientista social que pôde praticar a escuta e o cuidado como profissional de saúde mental, e que também passou por um mestrado em psicologia social, sabia que a prática da escuta em saúde mental era um desafio para todos os núcleos profissionais da saúde, cada qual ao seu modo também tendo de lidar com eventuais durezas e atualizações teóricas e práticas. Muitas vezes, aquilo que parecia fazer com que alguns profissionais de certos núcleos estivessem mais ou menos próximos ou não de colocar em prática esta escuta era a sua disposição pessoal e as oportunidades que tiveram para colocá-la em prática.

Identifiquei naquele desabafo da enfermeira, portanto, não apenas uma valorização da Psicologia, mas também uma possível desvalorização do potencial de escuta por parte de profissionais do núcleo da Enfermagem. Afinal, eu havia acabado de testemunhar uma ótima abordagem por parte daquela profissional, que (ao menos ao meu ver) havia demonstrado uma sensibilidade atenta ao sofrimento psíquico relatado pela usuária durante a consulta.

Neste sentido, perguntei-me o que é que fazia com que, por vezes, profissionais da Enfermagem não vissem este potencial em si mesmos(as), tanto o potencial de recursos já existentes quanto o potencial para o aprendizado e qualificação. O que acontece com a própria subjetividade de enfermeiros, quando começam a crer que não possuem contribuições valiosas nesta escuta, assim como os demais núcleos? Que outros elementos compõem estes desafios?

Após alguns recortes da pesquisa ViaREDE, elaborados para produção de pôsteres nas diferentes edições do Salão de Iniciação Científica da UFRGS, a problematização dos desafios da enfermagem na atuação em equipes multidisciplinares em saúde mental se fez cada vez mais presente.

Assim, espera-se que o presente estudo permita conhecer os desafios do papel da enfermagem na atenção psicossocial às pessoas que usam álcool e drogas, tal como aparece nos relatos da pesquisa ViaREDE, para então trazer elementos destes desafios e discutir seu significado na atualidade.

É visto como favorável o fato de analisarmos dados de entrevistas realizadas com profissionais e gestores(as) de diferentes núcleos profissionais, por permitir a discussão a partir do que é esperado a quaisquer núcleos que atuem em um CAPS modelo psicossocial, em uma equipe multiprofissional.

Desta forma, pretende-se conhecer em que medida os perfis considerados ideais para a equipe multiprofissional do serviço pesquisado nos ajudariam a pensar os desafios e contradições históricas que repercutem sobre a formação profissional da enfermagem, para, a partir disso, projetar diálogos com produções de conhecimento recentes a respeito deste campo potente e em constante mudança.

2. OBJETIVO

Conhecer os desafios colocados ao papel da enfermagem na atenção psicossocial às pessoas que usam álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Elaboramos, a seguir, uma breve revisão da literatura sobre as mudanças recentes no paradigma dos modelos de cuidado em saúde mental, álcool e drogas, nas quais a pesquisa ViaREDE se inscreveu; bem como sobre os desafios específicos da enfermagem diante de tais mudanças.

3.1 DIFERENTES PARADIGMAS NO CUIDADO A PESSOAS QUE USAM DROGAS

É importante demarcar historicamente como que o campo de cuidado em álcool e outras drogas se construiu como um território de disputas teóricas e conceituais que vai além do setor Saúde.

As políticas de drogas brasileiras sempre tiveram contribuições intersetoriais, mas não necessariamente atuando em sintonia, sendo uma característica visível às Normas, Leis, Portarias e demais atos oficiais, a coexistência tanto de paradigmas da Saúde, que partem do entendimento do cuidado a estas populações (prevenção, promoção e tratamento), quanto de paradigmas do campo da Segurança pública, que partem, via de regra, a regulamentar os esforços de enfrentamento do fluxo clandestino de drogas (sejam lícitas, ilícitas ou escritas) (TEIXEIRA, RAMÔA, ENGSTROM, RIBEIRO; 2017).

O caráter contraditório deste discurso oficial nos aponta para um campo de disputas ativas, abrindo interpretações diversas tanto aos agentes da segurança pública quanto a trabalhadores de saúde, sendo que estes últimos, não raro, se veem lançando mão de julgamentos morais e discriminatórios diante da população que deveriam acolher, quando não colocam em risco a mesma, seja pela negligência do acesso (por temer associação ou consentimento a práticas delituosas), seja efetivando denúncias que colocavam a mesma em riscos maiores (PINTO, 2018).

Para melhor entendimento de como se dá o dilema das mudanças de paradigma no cuidado em álcool e drogas, podemos citar duas frentes do processo: de um lado, a Reforma Psiquiátrica, como movimento instituinte,

por parte de profissionais de saúde realizando diálogos com a gestão das políticas públicas, ajudando a elaborar legislações e regulamentações; de outro lado, a luta antimanicomial, ou seja, o movimento cotidiano do corpo social de pessoas que apoiam a Reforma Psiquiátrica como ideal a ser buscado.

Uma das experiências que mescla a gestores, pesquisadores, trabalhadores e usuários numa tentativa de atualizar a assistência às pessoas que usam drogas sob um paradigma psicossocial é a da Redução de Danos (RD). Iniciada em 1989 na cidade de Santos (SP), no contexto de controle às infecções por HIV por compartilhamento de seringas, na gestão do sanitarista David Capistrano (que também foi responsável pela substituição do modelo asilar nesta cidade), a RD visava acolher de forma não punitiva tais pessoas.

Porém, a RD não recebeu à época a mesma aceitação que outras ofertas do modelo psicossocial, destinadas a pessoas diagnosticadas com os demais transtornos em saúde mental, tendo as coordenações desta política recebido processos judiciais, com a apreensão, pela polícia, dos insumos de trabalho e prevenção. Os kits com seringas esterilizadas, *swabs* com álcool e folders com campanhas informativas foram consideradas como indícios do crime de apologia ou facilitação ao tráfico de drogas. Foi apenas em 1995, em Salvador (BA), em projeto vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, e a partir de 1996 em outras cidades de zona portuária (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Campo Grande, Itajaí), que equipes de RD puderam se estabelecer, já com o desafio de construir vínculos entre a população acessada e os serviços que as estigmatizavam como criminosas.

A partir do início dos anos 2000, os derivados de cocaína para uso fumado, geralmente em cachimbos improvisados, começa a tomar o lugar do cloridrato de cocaína para preparo injetável, em um movimento de ampliação e popularização da oferta. Em resposta à popularização deste consumo em bairros das comunidades negras e latinas de cidades estadunidenses, a principal resposta do poder público surgiu na forma do encarceramento desta população, chegando-se a triplicar os índices de prisões entre os anos de 1980 e 2010, tornando-se em definitivo os EUA o país “*com maior índice de encarceramento dentre os países do ocidente*” (NETTO, 2013, p. 30).

Apesar do crescente pânico moral ao redor da chegada do crack, no Brasil, entre 1998 e 2001, o alcoolismo seguia indubitavelmente o maior problema de saúde pública relacionado a drogas:

de acordo com o DATASUS [...], verifica-se que o maior percentual de gastos em unidades de saúde pública é decorrente do uso indevido de álcool, 87,90% contra 13% de gastos oriundos do consumo de outras substâncias psicoativas (VASCONCELOS, COSTA, CARVALHO, ESPÍRITO SANTO, MIRANDA, ARAÚJO, PAULA; 2017, p. 36).

Portanto, as alterações nas dinâmicas de usos de substâncias na população trouxeram consigo os desafios peculiares que colocamos acima, que envolvem a definição e o diagnóstico situacional das principais demandas, que por sua vez definiriam a prioridade dos investimentos na rede de saúde.

Concomitante a este debate, temos as mudanças no campo de cuidados em saúde mental direcionado às demandas de pessoas que usam drogas, ganhando novas conformações a partir da implementação da Reforma Psiquiátrica. No que diz respeito à rede especializada de atendimento, é simbólica a chegada dos CAPS-AD, e como estas mudanças simbolizariam a chegada de novos elementos em meio aos desafios aos profissionais de saúde, que o presente trabalho pretende discutir.

Mais do que o controle de quadros de intoxicação aguda, as demandas da crescente população de pessoas que começavam a usar derivados de cocaína fumado (seja de novos usuários ou de usuários que migravam da modalidade de uso injetável) têm sido prioritariamente de escuta e acompanhamento longitudinal no território, a reconstrução de suas redes familiares e afetivas de apoio e demandas diversas no campo da assistência social (BASTOS; BERTONI, 2014; FILIPPON, 2017).

Como elemento provocador da Reforma Psiquiátrica brasileira, as experiências de Redução de Danos deram início a tentativas de reaproximação de vínculos destas populações, tensionando as políticas públicas em álcool e outras drogas, uma vez que consideramos como parte desta proposta de cuidado a atenção a fatores de risco ambientais e psicossociais. Neste sentido, a perspectiva da Redução de Danos se apresentaria como potencial aliada na

garantia de ofertas terapêuticas que levassem em consideração os determinantes sociais associados às principais causas dos quadros de dependência e abuso de substâncias.

Para além destas, a RD também incidiria de algum modo sobre os riscos associados à própria clandestinidade e às as relações de violência: sejam as intrínsecas ao acesso às substâncias (varejo de drogas ilícitas, redes de contrabando ou acesso clandestino a drogas lícitas, etc) ou se quando tais violências partem de ações de agentes estatais (polícias civis ou militares) (ALVES, 2010).

Concomitante a isso, o campo álcool e drogas passou a reconhecer as contribuições da Redução de Danos como uma diretriz, ao menos segundo o discurso oficial do Ministério da Saúde. Em 2003, é lançada a Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas, como “*tentativa de subsidiar a construção coletiva de enfrentamento*”, elencando como prioridades diversas atuações em nível comunitário, de modo educativo e citando a Redução de Danos como estratégia norteadora (BRASIL, 2003).

Na prática, no entanto, o desafio de atualização teórica e prática seguiu outros níveis de dificuldade, em especial porque as políticas de drogas ainda seguiam com a forte contradição conceitual entre os paradigmas do cuidado e da criminalização (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE; LIRA; COSTA, 2017).

A contextualização acima nos permite afirmar que serviços como os CAPS-AD se tornaram espaços privilegiados para o acompanhamento de como esses diferentes (e complexos) atravessamentos se davam na prática profissional das equipes multiprofissionais.

Tendo passado por alguns aspectos dos dilemas implicados na mudança do modelo asilar para o modelo psicossocial de cuidado em saúde mental, e visando a aproximação com a pesquisa que pretendemos analisar, a seguir nos dedicaremos a pensar como este contexto se manifesta no campo do cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas.

Assim, contextualizamos a relevância das contribuições da Pesquisa ViaREDE, coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e que, entre os anos de 2011 e 2014, com uma metodologia avaliativa, de cunho qualitativo, teve como objetivo avaliar a

Rede de Atenção Psicossocial para o atendimento a pessoas que usam crack, tendo como serviço disparador da pesquisa o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas Nova Vida, do município de Viamão (RS).

3.2 DILEMAS DO PAPEL DA ENFERMAGEM NO MODELO PSICOSSOCIAL

Nos propusemos, nesta pesquisa, a desenvolver tópicos relacionados às mudanças nas práticas e saberes de profissionais atuantes no campo da saúde mental, e às implicações específicas destas mudanças ao campo da enfermagem.

Retomamos o tópico a partir da introdução deste projeto: o contexto brasileiro da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, e as mudanças provocadas diretamente sobre os processos de trabalho em saúde mental (BRASIL, 2005).

No caso da enfermagem em saúde mental, é interessante pontuar como que estes perfis de atuação puderam surgir em instituições hospitalares caracterizadas na lógica asilar, manicomial: num primeiro momento, assumimos que tais perfis ideais sempre surgiram em constante relação com as teorias a partir das quais o próprio campo da saúde mental pôde ser abordado (MORAES FILHO; NASCIMENTO; FÉLIS; SANTOS, 2015).

Segundo revisão bibliográfica realizada uma década após o início da implementação da Reforma Psiquiátrica via Lei 10.216/2001, a enfermagem se vê “*no campo da psiquiatria*” tendo com “*os primórdios de uma identidade profissional*” sob a lógica biomédica, se estabelecido “*a partir dos anos 50*” com “*as primeiras teorizações da prática de enfermagem psiquiátrica*” (DA SILVA, KIRSCHBAUM; 2010, p. 409). Chama atenção o termo *enfermagem psiquiátrica*, como ilustrativo da junção entre os núcleos da Enfermagem e da Medicina/Psiquiatria, nesta história de construção conjunta (em teorias e práticas) no modelo asilar.

Tais desafios seguem presentes conforme a literatura, instando profissionais deste núcleo profissional a “*reconfigurarem suas práticas*”, a buscarem “*capacitação intelectual*” e a participarem ativamente no processo

de “transformar a atenção em saúde mental em prática desinstitucionalizada” (FORTES; PERES; SANTOS; MARTINS; MONTENEGRO; FILHO, 2018).

Para compreender os significados e as dimensões destes desafios, é importante contextualizá-los historicamente, partindo do pressuposto de que nem sempre profissionais da Enfermagem em saúde mental puderam ser demandados(as) a buscar atualizações e adaptações. Historicamente, a primeira demandas foi, portanto, a enfermagem num contexto em que as equipes do modelo asilar

[...] tinham nos agentes de enfermagem importantes observadores e provedores das informações que iriam alimentar ou subsidiar a construção das primeiras classificações nosográficas, altamente baseadas no comportamento observável (DA SILVA, KIRSCHBAUM; 2010, p. 411).

As autoras acima permitem pensar em que medida este lugar de cumplicidade na concepção do modelo asilar, entre Enfermagem e Medicina, trouxe uma espécie de ilusão de ganho, à Enfermagem, no campo da saúde mental, no sentido de garantir à mesma um lugar de suposto privilégio, na hierarquia de processos de trabalho verticalizados. Em meio a este reconhecimento ilusório, na autonomia relativa e limitada dos saberes de profissionais não-médicos, a enfermagem, “*convicta de sua posição-meio, submete-se e surge orgulhosa de si*” (DA SILVA, KIRSCHBAUM; *idem*, p.412).

Em estudo exploratório-descritivo junto a uma equipes de enfermagem em CAPS, pesquisadoras já observavam que, apesar de este serviço ser “reconhecido como avanço” pelo núcleo da Enfermagem, era perceptível ainda uma “*confusão em relação ao papel enquanto membro da equipe multiprofissional desse serviço*” (SOARES; VILLELA; BORBA; BRUSAMARELLO; MAFTUM, 2011).

Assim, o dilema da atualização para o modelo psicossocial, no caso da Enfermagem (e da Medicina, ou quaisquer outros núcleos presentes na composição asilar) não se resume à uma qualificação teórica, passando

também pela reformulação do modo de inserção junto aos serviços, bem como do questionamento sobre o imaginário social atribuídos a estes núcleos.

Ao longo da história em que se maturam as teorias e práticas desta área de atuação, a enfermagem tentará superar esta espécie de delírio de grandeza; surgido de uma produção de conhecimento limitada pela função sociocultural e histórica que pôde ocupar no mundo do trabalho. Após as mudanças nas políticas de saúde mental surgidas desde as primeiras teorizações (anos 50) até a reformulação do campo nos anos 70 e 80, com o estabelecimento de um modelo psicossocial nos anos 90 até um momento recente na história do país, diferentes perfis foram demandados, mas é correto dizer que estas mudanças não tratam de uma sequência lógica de eventos (MORAES FILHO; NASCIMENTO; SANTOS. FÉLIS; SANTOS, 2015).

Seguindo reflexões teóricas sobre como a enfermagem em saúde mental poderia construir o seu saber num contexto interdisciplinar, em um modelo de cuidado psicossocial, as autoras defendem que este modelo precisa ser visto *“como uma concepção e não como uma técnica”*, e que fazer esta discussão é fundamental para possibilitar *“a constituição de práticas e saberes ancorados numa dimensão utópica, ética e estética”* (DE OLIVEIRA, SILVA; 2000, p.584).

Historicamente, o caráter *ético e estético* destas mudanças foi comentado a partir de definição do psiquiatra sanitarista Paulo Amarante, para o qual o modelo de atenção psicossocial

[...] é um conjunto de princípios cuja âncora seria essencialmente ética. Reabilitar seria poder organizar forças para que as pessoas pudessem sair do estado de ningüedade (expressão usada por Darcy Ribeiro em O Brasil como problema), produzido pelo lugar-zero a que foram conduzidas pelos hospícios, pela condição de doença-objeto, pela inumanidade da discriminação (AMARANTE, 1996, p.2 *apud* DE OLIVEIRA, SILVA; 2000, p. 586)

Conforme o artigo, o desafio de repensar algumas práticas vistas culturalmente como privativas da enfermagem deveria ir além da atuação na saúde mental e se estender até mesmo às demandas de cuidado clínico. As

mudanças no campo profissional da saúde mental poderiam trazer importantes reflexões sobre o cuidado em saúde de modo geral.

As autoras trazem esta questão refletindo sobre um caso hipotético, envolvendo a necessidade de controlar uma infestação de piolhos em uma usuária de um CAPS, que tendo sua própria moradia como foco da infestação, chega ao serviço repetidas vezes neste mesmo quadro de agitação, demonstrando ter pruridos e apresentando também pensamentos delirantes, num momento em que a equipe busca coletivamente construir um autocuidado de forma participativa, não-impositiva.

Em outras palavras, o dilema comentado é que, justo quando se buscava construir um cuidado clínico junto à usuária, que fosse experienciado como um aprendizado sobre si mesma, sobre seu próprio corpo; um cuidado que considerasse o seu protagonismo e corresponsabilização; a usuária então apresentava demandas por uma ação curativa e pontual (combater os piolhos), que se repetia devido às suas questões sociais (moradia precária e insalubre).

Este ato curativo pontual (e necessário) corria o risco de ser vivenciado como algo invasivo, sendo este o desafio colocado para a profissional do núcleo da Enfermagem, ao realizar estes procedimentos de cuidado e limpeza mantendo o vínculo; bem como ao núcleo da Medicina, ao compreender as dimensões que afetariam a adesão aos tratamentos.

Por um lado, um olhar que priorize o cuidado de questões clínicas em saúde mental é também uma demanda condizente com os preceitos da atenção psicossocial, e aqui, profissionais da enfermagem poderiam ter um papel importante como atores de um processo educativo à equipe multiprofissional.

O entendimento segundo o qual o exame físico cuidadoso e o cuidado clínico de usuários de serviços de saúde mental seja uma característica conquistada sobretudo pela superação do modelo asilar é embasado por Dalgalarro (2018).

Ao observar em sua obra referência sobre Psicopatologia dos transtornos mentais, que *“distúrbios e doenças físicas são ‘subdiagnosticados’, não adequadamente reconhecidos e tratados”* entre esta

população, seja por uma “*tradição cartesiana*” que separou profissionais clínicos gerais (médicos *do corpo*) com psiquiatras (médicos *da mente*); seja por negligência ao exame físico, por dificuldade desta população em elaborar queixas de forma objetiva ou pela possível omissão profissional de queixas somáticas trazidas, quando acabam interpretadas meramente como conteúdo delirante do pensamento (DALGALARRONDO, 2018, p.62).

Por outro lado, ao trazer o caso da infestação de piolhos em uma usuária do CAPS, as autoras descrevem a cena para falar do *sofrimento* e no *dilema* experienciado pela equipe de enfermagem deste serviço, visto ser uma área tradicionalmente preparada para uma atenção generalista, que envolve, dentre outros temas, o estudo de doenças parasitárias. A característica deste dilema, segundo as autoras, é que a ação (o controle da doença) requer neste caso não uma intervenção pontual, iniciada já a partir do diagnóstico, mas sim, uma intervenção psicossocial, demandando uma espera de um tempo *do outro* e que simbolizaria um desafio à equipe de enfermagem, dado que a ênfase prático-teórica dos currículos de profissionais destas áreas é ainda, sobretudo, focado no paradigma biomédico.

Por isso, segundo as autoras, considerando-se que a gestão do processo de trabalho seja fundamental na implementação do modelo psicossocial, o conhecimento teórico sobre a demanda clínica apresentada (no caso, a infestação de piolhos) não pode se colocar à frente do processo de trabalho psicossocial (no caso, a construção de um projeto de autocuidado junto à usuária conforme seu contexto psicossocial), em uma atitude hierárquica. Em resumo:

não se pode, sob esse argumento, apossar-se de tudo o que os demais profissionais não conseguem lidar (DA SILVA, KIRSCHBAUM; 2010, p. 421).

Estamos falando, portanto, da tarefa educativa e formadora de cada núcleo profissional, em uma construção coletiva, o que não deve significar a negligência ou diminuição de suas contribuições específicas. Quando consideramos o aspecto psicossocial como *lócus* de atuação, é importante

lembrar que estamos falando de uma clínica que surge em uma outra lógica de produção de conhecimento sobre o processo de saúde-doença.

Nesta lógica, os aspectos socioculturais da pessoa atendida deixarão de serem vistas como meros dados epidemiológicos, ou como conjuntos de fatores ambientais na história de um quadro nosológico.

Nesta nova conformação, o cuidado em autonomia será a chave diferencial, e a implicação direta disso sobre o cuidado clínico é que a percepção subjetiva da pessoa sobre seu corpo, incluindo-se a relação que a mesma constitui com o seu autocuidado, sejam elementos a serem trabalhados na clínica em saúde mental de modo proativo. Por isso é que, segundo as autoras citadas, esta mudança (do modelo asilar para o psicossocial) não seria tão simples e lógica quanto parece.

Neste caminho de reinvenção, a enfermagem teve de enfrentar (ou ainda estaria enfrentando) diversos dilemas, que as autoras descrevem no desafio de “*conter o ímpeto*” de tornar a participação no tratamento (aos piolhos, no caso) como compulsória, até o ímpeto de buscar categorizar, até o infinito, todos “*os problemas encontrados e os dramas vividos*” pela usuária, tratando-os todos como “*problemas de enfermagem*”.

Corre-se o risco, ainda, da negação da própria potência de agir; da equipe de enfermagem que, julgando-se impotente, “*sentenciou não haver mais solução*”, ou que “*não enxergou a urgência*” de se cuidar do corpo para além de procedimentos e protocolos. Nesse ponto, as autoras trazem como observação irônica se não “*seria o caso de instituir um protocolo de enfermagem*”, para evitar que esses problemas tomassem proporções maiores (DA SILVA, KIRSCHBAUM; 2010, p.420).

Já podemos compreender que a reabilitação trazida pela reforma psiquiátrica tem uma dimensão maior: ela não abrange somente às pessoas que acessam os serviços e programas, mas também a diferentes profissionais, que deverão passar por esta experiência reflexiva e subjetiva, de verem a si também como pessoas capazes de produzir conhecimento para além dos currículos conformados historicamente ao seu núcleo de atuação (BORGES; VASCONCELOS; OSELAME; DUTRA, 2016).

No entanto, por mais indicada que seja em teoria, nem toda reabilitação implica necessariamente em uma sensação imediata de bem-estar. Se o processo de mudanças é também subjetivo, estamos falando de uma outra temporalidade, sendo o benefício de ações de Educação Permanente, por exemplo, muitas vezes não previsível ou perceptível.

Assim como ocorre no cotidiano do cuidado clínico, processos de reabilitação também podem envolver experiências desconfortáveis, sendo necessário abandonar hábitos arraigados que acostumamos a enxergar como prazerosos, ou constitutivos de nossa identidade até então.

Em pesquisa qualitativa, descritiva e analítica, realizada sobre a atuação da enfermagem em um Centro de Atenção psicossocial, com entrevista estruturada junto a 15 enfermeiros de CAPS adulto e CAPS - Álcool e Drogas, as pesquisadoras optaram por dividir as ações desenvolvidas e atividades realizadas em duas categorias:

[...] - *Meios de trabalho ressignificados no modo psicossocial*, no qual foram incluídas as atividades de administração e supervisão da medicação, cuidado com a higiene pessoal, atividades burocráticas (laudos, receitas, atestados), treinamento do pessoal da enfermagem, observação de usuários não inseridos em atividades;

- *Meios de trabalho do enfermeiro construídos no modo psicossocial* [...] atividades de acolhimento, atenção individualizada, oficinas terapêuticas, grupos, assembleias, reuniões de equipe, reuniões de coordenadores [...], visitas domiciliares, acompanhamento em consultas e participação em atividade de lazer/socialização (festas, passeios e jogos) (KANTORSKI, HIPOLITO, WILLRICH, MEIRELLES; 2010, p.399, grifos das autoras).

As autoras dialogam com a elaboração já feita até o momento, e afirmam que um aspecto importante de seus achados é o da necessidade de *dar novos significados* a determinadas ações, “*para que sua utilização esteja em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica*”.

Por exemplo, é certo que não deixamos de recorrer à prescrição medicamentosa para a contenção de sintomas associados a manifestações agudas, ou para o controle de sintomas em manifestações crônicas, que

permitam ao usuário maior qualidade de vida. No entanto, aqui entra o aspecto ético e estético do desafio, que é o de perceber esta oferta como parte de um amplo leque de possibilidades terapêuticas que atuam conjuntamente.

Este gesto de dar novos significados a velhas ofertas também passa pela releitura de hipóteses teóricas, tais como, por exemplo, superar a premissa de um *protagonismo químico* assumido pelo uso de medicação no processo terapêutico, tal como era “*considerada pelo modo asilar como o meio básico para o tratamento*” (IDEM, *ibidem*, p.401).

Salvo algumas exceções, as atividades descritas pelos profissionais de enfermagem entrevistados na pesquisa acima não são privativas deste núcleo, embora permaneçam presentes um certo sintoma positivo, digamos, do surgimento histórico da enfermagem psiquiátrica - aqueles sintomas que parecem surgir como um benefício. Tal como o fato, por exemplo, de “*muitos enfermeiros entrevistados*” pelas pesquisadoras ocuparem o cargo de coordenação nos serviços, em detrimento de outras áreas da equipe multiprofissional.

Além disso, em uma equipe multiprofissional, pode também ocorrer um movimento contrário, que é o de aprender a redistribuir responsabilidades diante das quais outros profissionais não teriam interesse ou procura. Tarefas administrativas, como o planejamento em equipe, por exemplo, por vezes são vistas como elemento de sobrecarga de trabalho, não necessariamente sendo demandadas pelas demais categorias, e mais facilmente sendo delegadas à responsabilidade única de núcleos profissionais como o da enfermagem.

O que antes poderia ser visto como um reconhecimento conquistado não deixa, também, de surgir como um peso, que teria, dentre outros efeitos adversos, justamente o de encerrar a potência criativa do profissional da enfermagem, situação esta que se constituiria como um fator de risco à continuidade e à implementação da própria Reforma Psiquiátrica.

Tal situação também tem muito a dizer das condições de precarização do trabalho em saúde de modo geral, o que não é um tema para o qual este trabalho pretende se dedicar em especial. Para entrar em contato com os

relatos da pesquisa ViaREDE, no entanto, nos interessam as várias facetas deste desafio colocado à enfermagem.

Por coerência também devemos nos voltar àquilo que se passa com a saúde mental de profissionais deste núcleo, em meio a tantos questionamentos e autocríticas, para as quais, na maioria das vezes, este núcleo não foi preparado, mesmo considerando-se o currículo de especializações e residências na área da saúde mental em equipes multiprofissionais (FILHO, NASCIMENTO, DOS SANTOS, FÉLIS, 2015, p. 157).

Segundo revisão integrativa sobre depressão e risco de suicídio entre profissionais da enfermagem, estamos tratando do núcleo profissional na área da saúde que apresenta maior risco a tais condições (SILVA, TAVARES, ALEXANDRE, FREITAS, BRÊDA, ALBUQUERQUE, NETO; 2015).

Para além do eventual sentimento de despreparo, e dos mecanismos de defesa que este deve engendrar, profissionais deste núcleo podem também lidar com o estressor da responsabilização excessiva, que é a própria característica herdada do modelo asilar. Este pode facilmente ser reproduzido pela equipe multiprofissional ou pelos gestores municipais e dos serviços de saúde, apresentando-se com a aparência de reconhecimento e prestígio, que é tanto mais enganosa quanto mais presentes forem as condições de precarização nas relações de trabalho (JÚNIOR, DAVID; 2018). A pesquisa ViaREDE pôde trazer pistas destes diferentes elementos aqui discutidos.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este Trabalho de Conclusão de Curso se pretende a conhecer os desafios do papel da enfermagem no trabalho em saúde mental, em um contexto de atuação psicossocial, em meio a uma equipe multiprofissional, discutindo os dilemas pertinentes junto à literatura atualizada. Para tanto, foi realizado um recorte da Pesquisa ViaREDE, uma pesquisa qualitativa coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e realizada entre os anos de 2011 e 2014, da qual a presente monografia se utilizou de dados secundários.

4.2 A PESQUISA VIAREDE

A pesquisa ViaREDE foi coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e realizada entre os anos de 2011 e 2014, tendo como objetivo avaliar, através de metodologia qualitativa e responsiva, a Rede de Atenção Psicossocial para o atendimento a pessoas que usam crack, e tendo como serviço disparador da pesquisa o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas do município pesquisado.

O caráter avaliativo da pesquisa ViaREDE contou com um referencial construtivista, buscando situar a produção de conhecimento com o potencial de intervenção junto à rede pesquisada, afastando-se, assim, de uma postura de pretensão distanciamento ou neutralidade, por entender que tal pretensão não condiz com o próprio ato de avaliação institucional.

Para embasar esta compreensão ética e metodológica, os pesquisadores lançaram mão de dispositivos que permitiram abrir espaço à participação das pessoas que compunham a rede, a partir de referencial utilizado em pesquisas de cunho avaliativo e participativo, tais como a Metodologia de Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 1989 *apud* PINHO et al., 2014).

Conforme os autores, nesta forma de “*avaliação responsiva*” (PINHO et al., 2014, p.39),

as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar que informação é necessária) (PINHO *et al.*, 2014, p.39).

O dispositivo utilizado para garantir a avaliação responsiva na pesquisa ViaREDE foi a metodologia do Círculo Hermenêutico-Dialético, aplicado nas entrevistas, o que permitiu a interação, ou negociação, sobre os temas que guiaram a avaliação do serviço pesquisado. Nesta proposta metodológica, as pessoas entrevistadas vão sendo convidadas a colaborar com os temas de interesse, e o conhecimento daí produzido passa a integrar o roteiro das entrevistas seguintes.

Assim, com esta triangulação no conhecimento produzido, permitiu-se não só um processo de avaliação conjunta entre os Grupos de Interesse, mas também uma forma de devolução *in loco* dos resultados da pesquisa, garantindo-se o caráter construtivista e de intervenção da mesma.

No caso do CAPS-Ad II Nova Vida, do município de Viamão, os Grupos de Interesse participantes foram Trabalhadores, Gestores, Usuários e Familiares; e os Temas Centrais construídos de forma interativa junto a estes Grupos de Interesse durante e após a coleta de dados foram: 1) Organização da Rede, 2) Organização do Trabalho e 3) Relacionamento da sociedade com o usuário (PINHO *et. al.*, 2014).

A presente monografia, além de se basear em dados secundários da pesquisa ViaREDE, diz respeito principalmente ao Tema Central Organização do Trabalho, especificamente em um dos tópicos que o compuseram, levantados durante as entrevistas e problematizados pelos pesquisadores, que trata do Perfil do Trabalhador.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa ViaREDE utilizou, como instrumentos de coleta de dados, o diário de campo, em etapa exploratória que contou com método de observação participante; bem como a realização de entrevistas

semiestruturadas, em etapa compreensiva. Estas se deram junto aos quatro Grupos de Interesse, totalizando-se 36 pessoas entrevistadas, sendo 10 usuários, 11 familiares, 08 trabalhadores (sendo 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem) e 07 gestores.

Para fins deste trabalho, dentre os quatro Grupos de Interesse, convencionou-se selecionar as entrevistas realizadas com trabalhadores(as) da equipe multiprofissional do CAPS-AD e com gestores(as).

A seguir, comentamos os critérios de inclusão praticados na pesquisa ViaREDE, bem como os critérios adotados para a seleção desta amostra de entrevistas para a monografia.

O critério de inclusão adotado na pesquisa ViaREDE foi, entre a categoria de trabalhadores, os que estavam vinculados ao serviço, com experiência de pelo menos seis meses de atuação na área e que se dispuseram voluntariamente à participação na pesquisa. Na categoria gestores, foram incluídos “*todos os membros do Colegiado de Saúde Mental*” que seguissem os mesmos critérios de inclusão adotados à categoria trabalhadores (PINHO *et al*, 2014, p. 58). A ordem de entrevistas para cada grupo de interesse seguiu critérios apontados pela etapa prévia de pesquisa etnográfica no serviço, visando participantes mais “*emblemáticos [...] a fim de contribuir com informações detalhadas sobre o atendimento na rede*” (IDEM, *ibidem*, p. 59).

Por sua vez, o critério amostral adotado pela presente monografia, ao definir as categorias acima, se pautou pelo interesse em buscar as vivências de profissionais da saúde, independente de ocuparem função de assistência direta ou gestão. Conforme aponta a revisão de literatura, bem como o relatório final da pesquisa ViaREDE, os eixos da Gestão e da Atenção em saúde são diretamente correlacionados. Deste modo, foram excluídos do recorte os relatos da pesquisa ViaREDE junto a usuários do serviço e familiares.

Deste modo, foi utilizado o banco de dados das transcrições das entrevistas realizadas com as categorias de trabalhadores e gestores, totalizando-se 15 entrevistas.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Na etapa de análise, a interpretação focou nos relatos que apontassem para a problematização realizada na pesquisa ViaREDE quanto ao Perfil do Trabalhador, buscando, nestes relatos, conexões com o tema da presente monografia, que trata do Papel da enfermagem no trabalho junto a pessoas que usam drogas, em um contexto de atenção psicossocial.

Conforme Taquette (2016, p.01), foram realizadas as etapas de “*organização e decomposição de dados textuais, descrição, categorização, análise e interpretação*”. A discussão dos pontos levantados na análise será amparada por pesquisa bibliográfica na literatura atualizada.

Desta forma, a etapa da descrição dos dados envolveu o agrupamento já realizado pela pesquisa ViaREDE (entrevistas de trabalhadores e gestores).

A etapa de análise seguiu a leitura das 15 entrevistas e posterior categorização, centrada nas impressões das pessoas entrevistadas quanto aos perfis do trabalhador em saúde mental, buscando “*o que é comum nas narrativas e o que é divergente*” a este respeito, procurando por “*sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos às ideias*” (TAQUETTE, 2016, p.528).

Após a etapa de categorização se seguiu a etapa de interpretação, que consistiu em realizar uma “*síntese entre a dimensão teórica e os dados empíricos*” (TAQUETTE, 2016, p.529). No caso do presente projeto, pretendeu-se investigar categorias de análise nos relatos em relação ao papel da enfermagem no contexto da atenção psicossocial junto a pessoas que usam álcool e outras drogas, para posterior diálogo com a literatura atualizada.

Nas entrevistas realizadas com trabalhadores e gestores pela pesquisa ViaREDE, foram abordados questionamentos que ajudam, de forma direta e indireta, a pensar os perfis desejáveis para trabalhadores em saúde mental, num contexto psicossocial. No escopo desta monografia, a análise destes questionamentos, em diálogo com a literatura atualizada, visou produzir conhecimento sobre os desafios da prática na Enfermagem em saúde mental nestes mesmos contextos.

Tal como elaboradas, a partir da metodologia do Círculo Hermenêutico-Dialético, as entrevistas da pesquisa ViaREDE deram aberturas para que profissionais não só trouxessem as demandas institucionais do serviço e da gestão municipal, como também trouxessem suas impressões pessoais e vivências diante destes papéis ideais exigidos e suas características.

Para além disso, a pesquisa ViaREDE trouxe questionamentos e provocações a respeito do trabalho realizado, dentre estas, perguntas sobre o papel da rede intersetorial na assistência à população do serviço, as experiências sobre a participação das famílias (característica das intervenções na clínica psicossocial). Estas questões nos remetem ao tipo de demandas experienciadas pela equipe multiprofissional. Como já vimos, o desafio de mudanças nas práticas em saúde mental é coletivo, e não uma experiência unicamente de profissionais da enfermagem. Caberá à etapa de discussão, portanto, fazer pontos de interlocução com a literatura atualizada, quanto à formação do profissional de enfermagem, com posterior discussão.

Outro item trabalhado nas entrevistas da pesquisa ViaREDE, articulando-se também com o tema deste trabalho e que irá compor a etapa de Análise de dados, foi o das estratégias de gestão da rede, tendo a política de saúde mental do município pesquisado uma organização em Colegiado de gestores.

Em suma, os tópicos abordados pela entrevista suscitaram avaliações e autocríticas em relação ao desempenho do modelo de atenção psicossocial, o que também nos aponta elementos para análise de uma melhor organização do processo de trabalho, bem como sobre a interlocução entre demandas assistenciais e demandas na qualificação profissional (em educação continuada ou permanente), sendo todos estes elementos interligados com o Objeto da presente pesquisa de monografia.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa ViaREDE, finalizada em 2014, foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS, recebendo aprovação em 07/04/2011, bem como submetida à aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (conforme parecer em ANEXO I).

Por sua vez, o presente TCC teve projeto submetido para avaliação da COMPEAQ da Escola de Enfermagem, sendo aprovado por esta Comissão em abril de 2020.

4.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A presente pesquisa de monografia utilizou-se de banco de dados secundários para trazer elementos de discussão, na literatura atualizada, quanto aos desafios colocados sobre o papel do núcleo da enfermagem neste contexto, em seus desafios e potencialidades de atuação.

Em que pese esta discussão estar presente de modo importante no âmbito da pesquisa ViaREDE, entendemos que se trata de um tema mais amplo que o escopo da mesma, visto o enfoque avaliativo que teve, que justificou a ênfase sobre a rede de um serviço em específico.

Estudos qualitativos que partam dos relatos de trabalhadores e gestores para investigar desafios e potencialidades da Enfermagem, neste contexto de atuação (qual seja, o da saúde mental, álcool e outras drogas, em modelo de atenção psicossocial em saúde), poderiam beneficiar-se da busca por relatos de trabalhadores de diferentes serviços, em diferentes municípios.

5. ANÁLISE

Inicialmente, a etapa de análise do presente trabalho buscou focar elementos dos relatos colhidos na pesquisa ViaREDE que apontassem para a composição de um papel profissional ideal para a atuação junto a pessoas que usam drogas.

Foram seguidas, conforme Taquette (2016, p.01) as etapas de *“organização e decomposição de dados textuais, descrição, categorização, análise e interpretação”*. A leitura das 15 entrevistas buscou reunir as impressões das pessoas entrevistadas quanto aos perfis do trabalhador em saúde mental, buscando *“o que é comum nas narrativas e o que é divergente”* a este respeito, procurando por *“sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos às ideias”* (TAQUETTE, 2016, p.528).

Este movimento que a autora descreve, de buscar o comum e o divergente nos dados analisados rumo a sentidos mais amplos, vêm ao encontro da análise originalmente traçada pela pesquisa ViaREDE, bem como dos desafios colocados nesta monografia.

Isto é, ao longo dos diferentes tópicos trazidos pelo referencial do Círculo Hermenêutico-Dialético, embora algumas das pessoas entrevistadas tenham a Enfermagem como formação de base, não necessariamente o lugar da Enfermagem foi trazido para o foco das entrevistas.

O modo como estas pistas servem para pensar o núcleo específico da enfermagem se dará na medida em que estas ilustrem a superação de desafios problematizados anteriormente, em especial quanto à superação do modelo biomédico de cuidado em saúde mental.

Para isso, podemos buscar no campo da Saúde Coletiva premissas e olhares que nos permitam tirar aprendizados neste encontro de experiências de diferentes profissionais da saúde.

Os conceitos de núcleo e campo profissional remetem à produção de teóricos sanitaristas (CAMPOS *et al*, 1997), sendo o núcleo profissional *“uma aglutinação de conhecimentos”* que define *“a identidade de uma área de saber e de prática profissional”*, enquanto que a noção campo profissional permite pensar em um *“espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e*

profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000).

Logo, considerando-se este desafio de buscar elementos associados ao perfil da enfermagem nas entrevistas da pesquisa ViaREDE, destacamos o lugar central da Análise em categorizar os principais elementos da experiência dos entrevistados para, em seguida, articular tais elementos com a literatura atualizada e especializada pertinente ao fazer da Enfermagem, na etapa de Discussão.

Nas entrevistas realizadas com trabalhadores e gestores pela pesquisa ViaREDE, foram abordados questionamentos que ajudam, de forma direta e indireta, a pensar os elementos do objeto de estudo desta monografia, a saber, os perfis desejáveis para trabalhadores em saúde mental, num contexto psicossocial.

Espera-se que a análise destes elementos, em diálogo com a literatura atualizada, produza conhecimento sobre os desafios da prática na Enfermagem em saúde mental como um todo.

Tal como elaboradas, as entrevistas deram aberturas para que profissionais não só trouxessem as demandas institucionais do serviço e da gestão municipal, como também trouxessem suas impressões pessoais e vivências diante destes papéis ideais exigidos e suas características.

Para além disso, a pesquisa ViaREDE trouxe questionamentos e provocações a respeito do trabalho realizado, dentre estas, perguntas sobre o papel da rede intersetorial na assistência à população do serviço, as experiências sobre a participação das famílias (característica das intervenções na clínica psicossocial). Estas questões nos remetem ao tipo de demandas experienciadas pela equipe multiprofissional. Como já vimos, o desafio de mudanças nas práticas em saúde mental é coletivo, e não uma experiência unicamente de profissionais da enfermagem.

Outro item trabalhado nas entrevistas da pesquisa ViaREDE, articulando-se também com o tema deste trabalho e que irá compor a etapa de Análise de dados, são as estratégias de gestão da rede, tendo a política de saúde mental do município pesquisado uma organização em Colegiado de gestores. Aqui

também é possível, na etapa de análise, dialogar com a literatura atualizada para tratar de ferramentas e competências mais ou menos associadas à formação de enfermeiros em saúde mental.

Em suma, os tópicos abordados pela entrevista suscitaram avaliações e autocríticas em relação ao desempenho do modelo de atenção psicossocial, o que também nos aponta elementos para análise de uma melhor organização do processo de trabalho, bem como sobre a interlocução entre demandas assistenciais e demandas na qualificação profissional (em educação continuada ou permanente), sendo todos estes elementos interligados com o Objeto da presente pesquisa de monografia.

Segundo o relatório da pesquisa ViaREDE, com base em Minayo (2004), devido à *"natureza diversa das informações obtidas [...] e diferença de objetos de avaliação"*, foram definidas *"categorias temáticas"* dentre trechos do material *"que reúnem núcleos de significado semelhantes"* (PINHO et al., 2014).

O grupo de pesquisa distribuiu-se entre microgrupos, um para cada Grupo de interesse (usuários, familiares, trabalhadores e gestores), que buscou identificar Unidades de Significados.

Por fim, como já relatado na seção de Metodologia, a pesquisa ViaREDE descreveu três Temas Centrais: 1) Organização da Rede, 2) Organização do Trabalho e 3) Relacionamento da sociedade com o usuário (PINHO et. al., 2014).

A seguir, apresentamos um quadro com a intenção de resumir as Unidades de Significados apontadas pela pesquisa ViaREDE em seu relatório final, com as respectivas Categorias Temáticas e Temas Centrais:

Quadro 01 - Temas Centrais, Categorias Temáticas e resumo das Unidades de Significados apresentados no relatório final da Pesquisa ViaREDE (2014).

Tema Central	Categoria Temática	Unidades de Significados (resumo dos relatos)
Organização da Rede	Concepção de rede	Transversalidade, Intersetorialidade e Integralidade em compromisso com a Reforma Psiquiátrica.
	Gestão da rede	A gestão da saúde mental, A gestão da Secretaria Municipal da Saúde e a Precarização do trabalho
	Articulação da rede	A visão fragmentada da Saúde, Invisibilidade e falta de estrutura, Trabalho nos territórios, Suporte de rede em Porto Alegre na atenção à crise; Espaços de diálogos e trocas; Reuniões; Processo de alta no CAPS
	Acesso à rede	Mapeamento da rede; Barreiras e Potencialidades
Organização do Trabalho	Características do trabalho em Saúde Mental	Trabalho inovador e criativo
	Estratégias no trabalho em Saúde Mental	Limites e regras; Vínculo e escuta; Internação; Envolvimento da família
	Perfil do trabalhador	Formação profissional; Perfil ideal de difícil definição; Comprometimento ético-político
	Formação profissional em saúde	Desafios das residências multiprofissionais; Articulação entre clínica e política; Abismos entre serviços e academia;
Relacionamento da sociedade com o usuário de crack	Mídia, preconceito e estigma do usuário de crack	Papel das campanhas midiáticas na criação de imagens que não condizem com a realidade, gerando pânico moral e abordagens maniqueístas; A complexidade social da demanda.
	Características do usuário de crack	Diversidade de perfis; Demandas de urgências com problemas sociais e familiares; Refletem modos de consumo em uma sociedade imediatista; Possibilidades de vínculo vistos como <i>difíceis</i> pela rotina dos usuários;

Fonte: elaborado pelo autor (2020) a adaptado de Pinho *et al* (2014, p.78)

Para a análise realizada nesta monografia, como já descrito, buscamos nas entrevistas dos Grupos de Interesse Trabalhadores e Gestores por elementos específicos da presença do profissional da enfermagem num

contexto de atenção psicossocial, em meio a entrevistas que não tiveram este recorte como finalidade.

A leitura das entrevistas foi pautada por vários dos Temas Centrais da pesquisa ViaREDE, tendo muitos dos trechos relações pertinentes tanto com a Organização da Rede quanto com a Organização do Trabalho, bem como com o Relacionamento da sociedade com o usuário.

Consideramos que estes três temas, que foram considerados na análise da pesquisa ViaREDE, compõem igualmente a experiência de atuação profissional dos diferentes núcleos profissionais no modelo psicossocial; em suas demandas e expectativas.

Em seus relatos, os Gestores e Trabalhadores falaram dos desafios do cotidiano do trabalho nas dimensões assistenciais e gerenciais, por vezes delineando um cenário de isolamento do serviço em relação à rede intersetorial.

Na prática, isto colocaria em xeque um trabalho voltado à atenção psicossocial, mesmo que o serviço estivesse em condições ideais de funcionamento quanto aos recursos humanos e materiais. Estes últimos, por sua vez, também são trazidos como fatores a superar, com diversos entendimentos de que haveria uma dificuldade quanto aos recursos humanos (com equipe reduzida, qualificação, comunicação, etc.) e recursos materiais (falta de materiais para realização de oficinas).

Diante das dificuldades reais enfrentadas, e em boa parte através das provocações trazidas pela presença da pesquisa ViaREDE, os relatos dos Gestores e Trabalhadores do CAPS-Ad também falam de uma articulação esperada que pudesse dar conta dos desafios acima, demonstrando uma ideia bem definida de como o serviço deveria operar. São constantemente listados quais elementos poderiam ser melhorados para que se atingisse um nível ótimo de funcionamento, inclusive no que diz respeito à própria organização de fluxos da rede intersetorial.

Em que pese, no entanto, as dificuldades relatadas, bem como a listagem de articulações e soluções a serem concretizadas, os relatos de ambos os Grupos de Interesse trazem experiências concretas de trabalho

junto à população do CAPS-Ad nos diferentes aspectos citados nas Unidades de Significado da pesquisa ViaREDE.

Em outras palavras, tanto no trabalho em equipe, como nas experiências de integração com a rede ou nas buscas pela qualificação da formação e capacitação profissional, os relatos de ambos os Grupos de Interesse trazem experiências exitosas.

Diante destes relatos, como conclusão da análise feita sobre a Categoria Temática Perfil do trabalhador, o relatório da pesquisa ViaREDE aponta para a superação de uma “tradicional discussão”, que corresse o risco de deixar de lado a “complexidade e diversidade de elementos que emergem nesse tema” (PINHO et al, 2014, p.186). A partir disso, sugerem

a construção coletiva de um esboço do que desejam para um ‘bom’ trabalhador no cuidado a usuários de crack, e não aquele ‘supertrabalhador’, que todos os serviços desejam, que possuam todas as competências necessárias, mas que não encontram (PINHO, 2009 *apud* PINHO et al., 2014, p. 186).

A pesquisa ViaREDE ressaltou como característica fundamental nos trabalhadores do CAPS-AD, dentre outras, a sua “*margem de autonomia e liberdade*”, bem como “*a habilidade de trabalhar em equipe multiprofissional*” com “*esforço e comprometimento*” (PINHO et al, 2014, p.187).

Embora surjam como uma potencialidade, estas características do perfil do trabalhador que foram encontradas na pesquisa ViaREDE também apontam para uma fragilidade, que é a da dependência da configuração específica da equipe existente no momento da pesquisa.

Com efeito, um dos desafios trazidos pela própria equipe foi a rotatividade e fragilidade dos vínculos de trabalho, bem como a pouca autonomia e organização ao reivindicarem-se soluções para questões trabalhistas.

Pelos dados encontrados a partir das elaborações do relatório final da pesquisa ViaREDE, encontramos com categorias analíticas que dão conta da

diversidade de experiências e percepções que surgiram nos relatos em sua complexidade, sendo importante observar a coerência com o método do Círculo Hermenêutico-Dialógico, que toma tais categorias analíticas para algo além do plano teórico, por dialogar diretamente com a vivência das pessoas entrevistadas.

Sendo a coerência com a aposta ético-política da Reforma Psiquiátrica uma constante na percepção das equipes de Gestores e Trabalhadores, buscamos aqui nos referenciais teóricos da Redução de Danos (RD), também citados por estas, uma aproximação desta aposta com a demanda psicossocial encontrada nos CAPS-Ad. Tal como citada por Conte et al (2004):

Rose Mayer (CRRD) considera a RD como um paradigma a partir do qual se parte do real, do existente para uma situação melhor e possível. Relaciona-se com a interdisciplinaridade, pois o “real” e o “possível” podem ser vistos de vários olhares. Pressupõe autoria, protagonismo, pois é o sujeito que vai poder avaliar o “real” e o “melhor”. É um processo educativo, de construção de autonomia.

Entendemos que a elaboração das autoras remete à clínica, ou seja, àquilo que será definido como Ideal ou Possível numa dada realidade vivida por um usuário. No caso desta pesquisa, as categorias de análise Real, Ideal e Possível serão utilizadas para dar conta de como os entrevistados pela pesquisa ViaREDE (trabalhadores e gestores) puderam pensar a si mesmos.

Espera-se que a análise traga elementos para posterior diálogo com a literatura atualizada, em discussão que se pretende a pensar os desafios do papel da enfermagem no modelo psicossocial.

A seguir, faremos a análise dos dados das entrevistas na pesquisa ViaREDE entrelaçando as percepções do Ideal, do Real e do Possível no cotidiano do cuidado CAPS-Ad Nova Vida.

A escolha por apresentar as categorias na ordem acima se justifica pela apropriação deste referencial dentro do contexto deste trabalho, que trata de compreender não apenas de detalhar práticas na assistência em saúde, mas sim os diferentes requisitos que impediriam ou permitiriam aos trabalhadores chegar até estas práticas.

Nos relatos citados, trabalhadores serão identificados com a letra T e gestores com a letra G.

5.1 IDEAL

Entre trabalhadores(as) entrevistados(as), há uma percepção de que a clínica psicossocial em álcool e drogas envolve um trabalho subjetivo, de mudança de paradigmas morais trazidos pelo(a) profissional:

T4: Acho que o principal fator é conhecer os usuários. Sabe? Deixar o preconceito para lá porque tem muito essa coisa de que *“ah não, é usuário de crack, vai estar roubando, vai estar matando”*. Então *“qualquer coisa vai vir aqui no serviço, vem para bagunçar, vem sobre efeito”*, então *“eu não quero ele aqui”*, sabe? Então eu acho que deixar o preconceito é a melhor alternativa, assim, porque senão, o que vai ser dessas pessoas, sabe?

Mais adiante, a mesma pessoa entrevistada comenta sobre as exigências de formação prévia, por parte do colegiado ou conselho gestor de saúde, em relação aos trabalhadores, e neste contexto de expectativas, cita especificamente o núcleo da Enfermagem como vivenciando um desafio adicional, devido à formação historicamente voltada a um cuidado em contextos hospitalares:

T4: Assim, aqui no CAPS, todos os profissionais de nível superior têm residência ou especialização em Saúde Mental. Aqui nesse aqui e eu sei que a movimentação é essa para que a gente consiga que todos os profissionais tenham, então, sempre pesa se eles têm uma especialização. [...] Assim, por entender que não é fácil trabalhar com usuário de saúde mental, trabalhar com usuário de drogas, que tem que ter uma outra visão, porque às vezes tu vens de um hospital e de uma unidade fechada. Uma enfermeira de uma unidade fechada... E aí chega aqui e se depara com isso aqui, ela vai ter baque, porque é uma outra organização, porque é uma outra rotina. Não é aquela coisinha bonitinha, não; a gente está sempre com o imprevisto e lidando com o imprevisto né? Então, eu acho que quem fez uma residência, que passou por lugares de Saúde Mental, tem uma outra visão [...]

O relato acima nos permite pensar que a necessidade de atualização profissional para o cuidado no CAPS vai além não apenas de um estudo formal, com especializações ou cursos específicos, sendo que, para a Enfermagem, isso também passa pela contraposição necessária à formação de origem, cujos currículos passam hoje pelo desafio de superar o olhar hospitalocêntrico desde os campos de práticas.

Há uma conexão, também, para discutir as dimensões do Real, quando “a discussão fora não acontece”, ou seja, o Ideal que se espera de um trabalhador do CAPS envolve também lidar com o despreparo da rede ao conceber as mudanças trazidas pelo modelo psicossocial.

Neste sentido, outra pessoa entrevistada traz um Ideal que envolve a expectativa de adaptação, para que a rede de serviços andasse em uma mesma aposta de cuidado:

T6 - Eu acho que se os serviços de saúde mental fossem valorizados pela secretaria e pelos colegas dos outros serviços, ia ser que nem uma sinfonia, ia ser bonito de trabalhar, ia ser melhor de trabalhar se cada um fizesse sua parte; mas infelizmente o que acontece é aquele jogo, tipo: esse usuário não é meu, isso não é meu... Quando na verdade o usuário é do SUS, é do município.

O complexo conjunto de conhecimentos esperado do(a) profissional de saúde no modelo psicossocial certamente não envolve a obtenção de diplomas. Naturalmente, o que parece recair ao profissional de enfermagem no contexto da atenção psicossocial é um contraponto bastante forte, no qual formações e currículos conteudistas, centradas em protocolos de cuidado, são provocadas por cobranças de outra ordem, como o trabalhador refere:

T6 - Eu entrei sem conhecimento [...] eu tinha conhecimento de saúde pública, mas não tinha conhecimento de saúde mental quando eu vim pra cá, até porque minha parte é só administrativa, mas acabei me envolvendo quando comecei a estudar o assunto e a gente gosta do que faz, não adianta, a gente começa a se envolver em coisas até que nem dizem respeito [...] Eu acho assim, o perfil ele não é só, pelo menos aqui no município de Viamão, ele não é só especialização, só no diploma. [...] Se tu não gostar do que tu fazes, se tu não tiveres tato com a pessoa, com o ser humano, com a

dificuldade que ele está tendo naquele momento, não só ele, mas com a família dele, aquele não é teu lugar e se tu não consegues lidar com isso, procura outro local então de trabalho na saúde, porque não é esse teu chão. Eu acabei descobrindo que eu gosto disso e que pretendo continuar trabalhando na saúde mental assim como talvez alguns outros colegas já tivessem trabalhado e passasse a vê isso como futuro.

O relato a seguir, por sua vez, dá elementos para pensar como a figura idealizada da Enfermagem, que aparentemente a colocaria em uma posição de centralidade nas tomadas de decisão ou na gestão das equipes, não é necessariamente uma figura positiva à própria enfermagem:

T7: A saúde mental vem como um filão de instituição total, a gente pensa no CAPS-Ad III e no residencial terapêutico, CAPS-Ad III tem muito menos risco de ser acessado deste jeito do que um residencial. Mas sim, a gente ainda... Acho que o que ainda é preocupante, além disso de virar albergue, a gente também desconhece como a gestão, a prefeitura vai lidar com a questão. O projeto do CAPS-Ad III foi pensado com outra gestão e que, agora a gente ainda não sabe como é que ele é entendido pelas pessoas. Já tem algumas noções, a Secretaria de Saúde achou a equipe pequena, o Secretário de Saúde achou pouco enfermeiro, a gente seguiu a portaria do CAPS-Ad III, ela acha que tem que ter enfermeiro *full-time* né. Isso vai nos dando um pouco de noção e preocupação de como este CAPS vem a ser implementado.

Aqui, a indicação, por exemplo, do Secretário de Saúde do município, para que se tivessem mais "enfermeiros *full-time*" é vista pela trabalhadora entrevistada como um indicador de que, do ponto de vista da prefeitura, se pretende criar um processo de trabalho mais endurecido, o que deve servir para nos colocarmos questões importantes sobre o papel histórico da enfermagem e os desafios específicos a serem superados.

Entre gestores entrevistados, o Ideal passou pela busca pela construção do vínculo do CAPS-Ad com a rede de atenção terciária, qual seja, ao discutir os fluxos junto ao Hospital Geral do município, o que num primeiro momento passou pela seleção de profissionais que compreendessem ser papel do CAPS o de "acolher crises":

G2: isso na equipe é bem claro. A equipe reconhece que todos os profissionais estão aptos pra identificar e atender a crise. Há consenso, é também o próprio perfil de trabalhadores que a gente busca já no primeiro momento; identifica, né, relata isso pro trabalhador. Aqui a proposta de saúde mental é atender a crise dentro dos CAPS. Eles já vêm pra cá sabendo que vai ser assim o nosso trabalho.

Em outras palavras, se espera idealmente que o trabalhador tenha experiência prática e teórica no campo da saúde mental, com pós-graduação, residência e vivências em políticas públicas:

G2: Bom, então a gente procura né, nós, como colegiado, no momento em que se identifica que há necessidade de um trabalhador no serviço, a gente sempre procura então buscar um trabalhador que já tem um conhecimento da política de saúde mental, que já tenha experimentado, vivenciado... Porque eu acho assim, no momento que tu buscas... Esse perfil de trabalhador pro serviço é muito importante no andamento do serviço. Então a gente busca profissionais que tenham especialização, com residências, mestrado, já tem vivências em outros CAPS, então que tem experiência em Saúde Mental, isso é muito importante. Muitas vezes acontece que não tem, mas já vivenciou na assistência, já vivenciou em outros espaços, em outras políticas, enfim, a prioridade é que tenham vivências ou especialização, enfim, teórica ou prática na Saúde Mental.

Compondo ainda este perfil ideal para o profissional do CAPS-Ad, temos a identificação afetiva e disposição para trabalhar com o público:

G2: Que se identifique com a proposta da Saúde Mental [...] O trabalhador tem que se ver como trabalhador da Saúde Mental, principalmente pro atendimento né, especificamente do que vocês estão perguntando; que se identifique com a proposta de atender a dependência química. Muitas vezes acontece: *“ah eu não consigo trabalhar com transtorno mental, eu quero trabalhar com dependência química”*. Então o perfil que se busca é isso; embora tenha uma formação em Saúde Mental, muitas vezes não se consegue, por questões particulares, singulares, trabalhar, né? A mesma coisa com criança; eu não consigo trabalhar no CAPSi, eu quero, eu preciso trabalhar com população adulta. Isso a gente busca né, e se respeita muito isso. Mas é importante sim que o trabalhador se identifique com a proposta da Saúde

Mental, seja ela na crise da dependência, seja ela na crise pra transtornos.

Esta formação Ideal, que passa pela composição específica do conhecimento teórico especializado juntamente com a disposição pessoal e afetiva no atendimento a esta população, surge no relato de outra gestora na assunção dos preceitos da Reforma Psiquiátrica:

G3: Eu acho que é por aí, as formações, as duas formações que eu vejo no momento são essas. Tem que ser uma pessoa que tenha a ideia arraigada dentro de si da reforma psiquiátrica e da redução de danos.

Do ponto de vista Ideal da organização do processo de trabalho, as equipes multidisciplinares colocam-se em contraposição a uma “armadilha” da composição médico-centrada (e enfermeiro-centrada), novamente trazendo a enfermagem como especialmente desafiada, diante dos novos modelos de cuidado que se deseja construir:

G3: O grande desafio desse colegiado gestor é manter e lutar para que não se caia nessas armadilhas do nosso dia a dia [...] é vencer os gestores que essa é a melhor linha de cuidado, porque nem nossos gestores estão salvos, né, de ter um entendimento de que o cuidado não é isso... Que cuidado, sim, é ter mais vagas, mais leitos em hospitais; que cuidado é sim a internação, sim ter mais médicos e enfermeiros nas equipes do que um artista cênico, um artista plástico, um músico; coisas que a gente vem batalhando durante esse tempo, que é ter equipes multidisciplinares das mais variadas formações, que não são formações diretamente ligadas a saúde. Então eu acho que esse é o desafio que tem que ser o nosso trabalho.

Para que esta construção conjunta ocorra no modelo psicossocial, em uma equipe multiprofissional, se espera uma certa construção de visão de mundo, uma ética, uma moral, uma disposição, por parte dos profissionais de saúde (uma operação subjetiva, como vimos no conceito sobre a ética necessária para o trabalho em Redução de Danos). Na próxima pergunta outra gestora traz a reflexão pra algo que é da ordem do pessoal, abandonando-se

preceitos trazidos desde a trajetória de cada trabalhador, em um ato de questionamento pessoal contínuo:

G5: não é qualquer um que pode atuar, que consegue trabalhar, né. Primeiro a gente precisa ter clareza do que moralmente, como é que moralmente a gente está colocada no mundo. Se sabe que visão de mundo se tem; isso determina o perfil. É bem difícil de falar tecnicamente sobre isso né, por que isso não é técnico, isso é de uma constituição de um sujeito, né? Então para mim isso aí passa primeiro pela visão de mundo que a pessoa tem, pela capacidade que a pessoa tem de refletir sobre a sua moral. Para trabalhar com as pessoas que usam drogas tu tem que estar, no mínimo... Não digo despido, porque a gente tem que estar... Todos nós, nós temos a nossa moral, a nossa visão de mundo, e a gente não tem que se despir dela, mas a gente tem que olhar isso refletir, colocar em questão. É por aí, né?

Colocamos o relato acima no campo do Ideal pela força percebida de uma determinada pressão interna à equipe, e aparentemente pouco discutida, que envolveria gerar um ambiente de trabalho no qual a expectativa Ideal não surgisse como uma imposição, e se tivesse “a abertura para falar disso”. Assim, percebe-se pelo relato a dificuldade em trazer esse Ideal como algo a ser aprendido no cotidiano do trabalho. Em que pese este desafio surgir na Educação Permanente da equipe (sendo, portanto, uma função a ser acompanhada e garantida pela gestão do serviço), é trazido como condição Ideal que o trabalhador consiga se colocar em questão sistematicamente:

G5: Então é isso o perfil, é a capacidade de se colocar em questão sistematicamente, constantemente, isso eu acho que é a base para o perfil. Bom e a segunda coisa é olhar para o percurso mais técnico assim por onde as pessoas têm passado, porque a experiência, a vivência de ver isso e sentir isso na pele, de se deparar com as pessoas que usam drogas, conseguir escutar e conseguir mesmo, é importante. Às vezes ter vivido a experiência e ter sido atravessado por todo esse afeto que estar com alguém que usa drogas provoca, acho que também constrói um perfil profissional.

A identificação pessoal, ou a experiência de vida prévia ao trabalho em saúde mental, álcool e drogas, é problematizada aqui pelo entrevistador,

suscitando durante a pesquisa reflexões sobre como o “mundo das drogas” é vivenciado de algum modo por todos os trabalhadores:

Entrevistador - E tu diz essa experiência em que âmbito?

G5: Profissional, e assim, né... agora tu me fizeste pensar em outras coisas, porque também não tem quem não vivencie no âmbito pessoal isso, isso está colocado e todos nós vivenciamos isso no âmbito pessoal.

[...]

Esse tipo de questão é com o CAPS-Ad, que pensa no perfil. Mas acredito que o profissional precisa se identificar com a rede de saúde mental, tem que ter uma trajetória na área.

5.2 REAL

A dimensão do Real surgiu nos relatos a partir de uma observação específica, encontrada em vários relatos de trabalhadores e gestores, qual seja, o da importante diferença entre o trabalho em um serviço de saúde privado e público, do ponto de vista da complexidade da demanda, bem como do preparo que o modelo psicossocial exige diante de situações cotidianas.

Esta situação é trazida no relato a seguir, como questões que se colocam como demandas para a própria saúde mental do trabalhador, no que diz respeito à ausência de uma rede fortalecida, com a qual o modelo psicossocial (no plano do Ideal) pressupõe trabalhar em conjunto:

T4: É, não tem uma rede né, tem um local de atendimento, não tem uma rede [...] porque eles vêm até aqui, a gente começa um atendimento e daqui a pouco se perde, não vem mais e a gente vai atrás, faz visita, porque senão a gente sabe... Se eles não estiverem aqui, ou vão estar em casa, ou vão estar na rua, roubando. Se a gente não fizer essa coisa de busca, não vai ter outro atendimento. Então eu acho que essa parte é muito ruim, porque tu não tens assim, tirando o CAPS-Ad, outro programa ou outro projeto de inclusão na unidade de saúde. Não tem... Ou é o CAPS-Ad, ou não é nada. Então, para a gente é complicado, para eles é complicado e para a família é desesperador.

Uma outra faceta desta demarcação de diferenças trazidas pelo modelo psicossocial surge imediatamente ao pensar as trajetórias e os perfis dos

currículos dos cursos da saúde, chegando-se ao ponto de levantar a dúvida sobre haver ou não um real preparo para que profissionais da saúde estejam aptos a trabalhar no SUS.

No caso da saúde mental, isso nos leva a pensar quais são os campos de estágio ofertados a estes diferentes cursos; a saber, se há representatividade de campos de estágio nos quais o modelo psicossocial seja uma opção de aprendizado. Segundo o relato de uma gestora, o modelo psicossocial surgiu em sua formação profissional como um gesto de sorte:

G7: Na minha formação foi assim; eu consegui ter abertura para olhar para a saúde coletiva e para o SUS e tal, porque eu tive a sorte de encontrar uma professora na universidade que me falou sobre isso e que foi através dela que eu consegui achar que eu tinha, que eu consegui ver que eu tinha a ver com aquilo, que aquilo me interessava. Acho que a academia tem uma distância imensa do SUS.

Vejamos, ainda, como um trabalhador descreve o processo de contratação da equipe e a definição de um perfil profissional, bem como a sua experiência ao ver a circulação de colegas residentes e em formação:

T7: A gente tentou aqui também trabalhar, a gente quer pessoas com formação, mas a gente viu que trabalhar em CAPS não é [...] a gente precisa que já venham com um percurso. Aqui não é lugar de aprendizagem, porque tem muita gente que chega aqui e diz que queria aprender, que nunca trabalhou... não! A gente tentou se posicionar assim: “ah, aqui não é lugar pra aprender, é um lugar que a gente precisa de gente já sabendo o que veio fazer”. E aí tentamos, caímos um pouco nessa cilada de preconceber, de que ter experiência e ter capacidade de trabalhar em CAPS passava por ter residência, cilada total assim, aliás as pessoas... não, é uma informação meio leviana, mas que muitas pessoas demonstraram que o fato de ter residência foi pior, porque aí tem uma expectativa e as pessoas também vem mal formadas, vem viciadas, vem com essa ideia ainda acadêmica, e acadêmico não só no sentido de né... no sentido do lugar protegido, um lugar privilegiado, do lugar do “sabedor”, do sabidão... A gente teve mais sucesso com as pessoas que tinham uma formação então a partir de uma experiência profissional do que com uma formação acadêmica. Acho que é essa conclusão, e que a formação em serviço, pra mim, perpassa pelos espaços de diálogo que a gente falava antes, né, poder ter reunião de equipe, poder se pensar coletivamente, estar aqui junto retomando todos os dias o que é que a gente veio fazer; perguntando, se olhando, pra aquilo que são ainda as nossas vulnerabilidades assim, enquanto trabalhador.

O relato anterior permite tratar da necessidade de um espaço de aprendizado constante, no qual os saberes e as práticas constituídas através de experiências profissionais prévias devem sempre estar em discussão de forma horizontalizada. Embora este relato traga muito da dimensão Ideal no processo de trabalho, do ponto de vista do entrevistado, ele aponta também para uma importante dimensão do Real no modelo psicossocial, e que incide sobre os perfis desejados para a atuação no serviço.

A Enfermagem, junto do núcleo profissional da medicina, é trazido como exemplo de profissionais que podem se deparar com desconstruções ao trabalhar no CAPS-Ad:

T6: Por exemplo, eu vou dar exemplo da enfermagem, eu vejo lá na enfermagem que... Minha irmã é enfermeira, meu marido é enfermeiro, que alguns professores não vou dizer que são todos, claro que não são todos, formam os alunos pra atender num Moinhos [Hospital Moinhos de Vento], num [Hospital] Mãe de Deus, quando na verdade a realidade da saúde é o SUS. Oitenta por cento dos serviços de saúde são públicos, e daí o que que acontece? Esse acadêmico... Isso é só um exemplo, mas tem várias outras formações que fazem o mesmo, medicina também faz o mesmo... Quando na realidade, quando ele vai pro mercado de trabalho ele se repara com a realidade que não é aquela que eles dão na universidade, não é o usuário bonitinho, limpinho que ele tem que atender. No concurso que ele pretende ele não vai ver só gente bonita e feliz e eu acho que falta um pouco desses tato na formação de formar eles pra atender o SUS, eles terem consciência do acolhimento de uma escuta diferente, eles terem um olhar diferente pra aquele usuário, não naturalizar aquilo, tu vê com frequência, isso vai ser o normal... Cada situação é uma situação específica, buscar o que aquele usuário realmente quer, nem sempre o que tu acha que ele precisa é o que ele quer. Às vezes a gente se perde nisso na formação, a gente sabe o que precisa, mas talvez ele não queira ou não ache necessário, por isso, a escuta.

Chama atenção terem sido citadas nominalmente os núcleos da medicina e da enfermagem, cujas funções são mais marcantes nas unidades de cuidado hospitalar em saúde mental, e por uma lógica biomédica, centrada em diagnósticos e no controle de quadros mais agudos, num processo de trabalho verticalizado.

Cabe perguntar, portanto, que demandas reais fariam com que o serviço exigisse tamanha versatilidade e flexibilidade dos profissionais em seus saberes e práticas, principalmente no que diz respeito a experiências anteriores: o Real é aquilo que é próprio daquele serviço em específico, sendo um entrave ao processo de trabalho que experiências trazidas de outros serviços e outros territórios sejam simplesmente impostas no processo de trabalho do CAPS-Ad pesquisado. Esta condição de singularidade da demanda, e do perfil desejado à equipe, condiz com a condição do modelo psicossocial de buscar soluções locais para situações locais, específicas de seu território.

Ao pensar o que surgiu nos relatos do CAPS-Ad Nova Vida na dimensão do Real, tratamos principalmente do que é imponderável, ou seja, das demandas psicossociais dos usuários em uma equipe que, na época da pesquisa, por vezes encontrava-se reduzida (ou que se percebe pequena diante do imponderável):

T3: Tem coisas que vão além do nosso fazer aqui e por vezes tu não consegue dar atenção em quem realmente precisa, né. E o horário também, geralmente esses usuários, nos momentos mais críticos da vida dele, à noite [...] de manhã o cara não vem, o cara tá dormindo. Tu vais visitar o cara de manhã, tu não vais achar ninguém em casa né, ou ele vai estar dormindo ou ele não vai te atender. Se o horário fosse prolongado [...] não sei também se esse projeto de CAPS-Ad III 24h não vai ser um tiro no pé. Pela rede mesmo, isso vai virar um albergue né, os caras vão vir aqui, comer só que falta né, porque cuidado de saúde mesmo não sei se vai ter.

No relato acima, a realidade da demanda de usuários em situação de rua ou em moradia precária é percebida como um peso sobre o funcionamento do serviço, diante de uma rede de Assistência Social insuficiente (o município contava com um albergue adulto com 15 vagas).

Assim, mesmo a possibilidade de ampliação do escopo do CAPS-Ad para um funcionamento em 24h, incluindo a oferta de leitos de curta permanência, é vista com ressalvas pelo trabalhador. Nos relatos da pesquisa ViaREDE, surge uma percepção de que a rede de apoio seria precária:

T4: No ano passado eu acho que veio uma moça de novo Hamburgo nos dar uma palestra sobre como funcionava a rede em novo Hamburgo. Era totalmente diferente do que tem dentro da nossa realidade, né. De lá, ela falando, eu via que existia uma rede, existia essa rede que todos falavam, né. Mas aqui eu não consigo ver, enxergar essa rede que tanto se fala, né, com a assistência social precária, os postos precários.

Diante da demanda real, o modelo psicossocial é retratado como podendo receber a demanda reprimida por outros setores, afetando assim o processo de trabalho:

T3: É isso que eu penso, [o CAPS-Ad III 24h] é um grande passo assim, só que é um grande dilema se as pessoas vão ter entendimento [...]. Não adianta ter só o projeto e as pessoas não entenderem o funcionamento da coisa [...] Pelo menos o cara tem uma semana que consegue ficar afastado, na realidade o cara passa o dia todo aqui e de noite ele não tem o que comer, ele vai passar por onde ele estava ou ele vai beber ou ele vai usar substância pra poder passar a noite, enfrentar o frio, sei lá a fome, tu não consegue dar continuidade. Acho que não existe rede pra tratar esse tipo de população.

As demandas de organização da rede intersetorial, por sua vez, recaem sobre a realidade da articulação de rede, incumbência que é citada tanto por trabalhadores como gestores como parte do cotidiano de trabalho.

No entanto, como uma demarcação de diferenças entre trabalhadores e gestores, as equipes que realizam a assistência psicossocial, justamente por colocarem em prática a escuta direta, percebem haver um desencontro entre o tempo das demandas reais dos usuários e o tempo das decisões políticas e da gestão:

T3: Eles tão sempre reunindo e não resolve nada, sentam com a secretária, e sentam com o prefeito e todo dia tem... E daí pra quem tá, pra mim, é bem frustrante, porque como eu trabalho 40h aqui, eu estou todo dia aqui, tu escutas todos os dias os caras, e às vezes tu escutas as histórias o dia inteiro.

Neste sentido, o perfil de trabalhadores do CAPS-Ad depara-se com a realidade de como equilibrar entre as articulações da escuta subjetiva dos

usuários e familiares, de um lado, e como articular a rede de saúde, de outro, com seus tempos e regras institucionais.

Esta realidade, do ponto de vista da atenção psicossocial, trata de demandar das equipes que consigam dar continência às queixas trazidas pelos usuários em relação à falta de acesso em outros serviços, sendo necessário buscar um equilíbrio entre a promoção da autonomia dos mesmos enquanto cidadãos (que podem e devem reivindicar seu direito de acesso a um albergue, por exemplo) e, ao mesmo tempo, trabalhar na atenuação de quadros de ansiedade e estratégias para lidar com a frustração, quando o acesso não ocorre.

O vínculo com o usuário, construção basilar do processo de promoção em saúde mental, é tensionado a partir destas diferentes identificações que o trabalhador possui: como terapeuta que oferece a escuta, e como servidor público que, no fim das contas, atua na mesma rede que nega o acesso ao usuário. A articulação em rede com outros serviços, que exige a construção de parcerias entre colegas de diferentes setores e serviços, deve ser sólida, mais não o suficiente para se perder a margem de confiança do usuário, evitando que o trabalhador do CAPS-Ad, por ser mais acessível e com maior escuta destas queixas, acabe sendo o principal alvo de rechaços e reclamações, uma vez que simboliza, ao mesmo tempo, a figura do poder público.

Quando consideramos esta exposição moral do trabalhador no modelo psicossocial, como um efeito colateral indesejado do trabalho centrado na escuta e no vínculo, cabendo levantar a questão se o endurecimento dos processos de trabalho não pode ocorrer como modo de evitar a sobrecarga de stress no ambiente de trabalho, ou, ao menos, cabendo pensar como que os trabalhadores e gestores se mobilizam para garantir melhorias no ambiente do serviço.

Em um serviço que atua na dimensão de promoção de autonomia, é interessante pensar como os próprios profissionais buscam seus direitos e os reivindicam. O fato de o CAPS-Ad ser considerado serviço de referência do município também é trazido como fator de risco à exposição de trabalhadores em suas reivindicações:

T4: Às vezes a gente fica pensando que se nós fazemos paralisação, por exemplo; se o serviço chega a fechar, se a ACAMVI sai ou até se eles contratarem uma outra empresa para terceirizar o serviço, se o serviço fecha... A gente não sabe como fica, daí, como essas pessoas vão ficar. Isso é uma coisa que a gente discute muito, assim, porque essas pessoas giram muito a sua vida em torno do CAPS, fazem o seu tratamento aqui e, se não tiver, como que vai ser? Todos sabem que os outros serviços não vão querer acolher.

O ambiente de stress é relatado pelos trabalhadores a partir de uma dedicação pessoal que vai além das obrigações contratuais, para dar conta de problemas estruturais e de recursos humanos e materiais:

T5: Se fala muito que Viamão é uma referência na área da saúde mental, mas eu acho que é pelo esforço dos funcionários, sabe, para não deixar cair a peteca. E no atendimento a gente faz o melhor, a gente tenta fazer o melhor, fazer o melhor para esses cuidados assim. Acontece que o cuidado com o paciente, com o usuário, a gente tem esse cuidado, esse cuidado a gente procura manter, mas daquela forma né, meio. E com certeza se tu vais entrevistar um dos usuários, eles vão te dizer que é uma beleza que é bom, mas isso é porque os funcionários estão ali trabalhando e se identificando. Tu vais olhar se tem um respaldo atrás de isso aí, não tem...

Neste contexto de reinvenções diárias e da reivindicação de um perfil profissional implicado pessoalmente na superação de tais dificuldades, há no relato deste trabalhador uma observação importante sobre o sentimento de reconhecimento diante da gestão e dos usuários do serviço:

T5: Quando o pessoal da UFRGS estava aí, os residentes, a gente se juntou e organizamos todo o material, o que se precisava para trabalhar dentro de um CAPS. Foi o pedido e não veio nada, a gente passou o ano todo sem folha e os cliques agora é que chegaram, entende? Então, para tu ver como que se trabalha dentro de um CAPS com todas essas dificuldades assim, muito sérias e muito preocupantes. A gente toca o serviço com que tu tens, e tu é reconhecido dentro do serviço? Não. Falta o material, tu não és reconhecido - vai lá, te vira, abre as portas do serviço e recebe, faz o acolhimento.

Quanto à falta de recursos humanos, o mesmo entrevistado traz elementos sobre a especificidade da demanda em álcool e drogas, associando-

a ao manejo de quadros de ansiedade com possíveis condutas de agressividade, que exigiriam uma presença da equipe mínima, para garantir um atendimento à crise:

T5: Hoje estávamos entre três, pela manhã. Era um na acolhida, um na oficina e mais um na ambiência ali, cuidando. Tem que cuidar o almoço e dar para eles...

Entrevistador: Tem três profissionais.

T5: Isso. Ao meio dia chegou mais um colega e nós ficamos entre quatro, agora à tarde. Complicado, eu acho muito complicado. E se dá uma emergência, alguém surta aqui dentro? Tem que resolver né, e os três vão resolver isso?

Entrevistador: E se der, né...

T5: Dá. Se for brigas, a gente sabe, né, tem muitos que chegam alcoolizados aqui, outros com facas, armados.

As demandas acima vivenciadas no CAPS-Ad pelos profissionais entrevistados fogem a um contexto do Ideal, exigindo, portanto, um perfil profissional com diferentes nuances de preparo, colocando-se sobre o trabalhador em um modo de atenção a situações de urgência, o que, por sua vez, promete tomar o tempo de outras atribuições, incluindo-se a do aspecto administrativo e de planejamento do cuidado de forma coletiva e multiprofissional.

O relato a seguir dá mostras importantes sobre como estas demandas organizacionais são vivenciadas pela equipe:

T7: [...] tem um pouco de desprendimento do que é prioridade e do que não é. Às vezes a gente se foca muito na equipe [...], no usuário, e esquece também que existem as questões administrativas, as questões da gestão, as questões de controle, as questões de conhecer o território e de como fazer para melhorar o serviço e não se focar tanto no serviço, mas de como trabalhar nos outros locais também [...]. Ai eu não vou nessa reunião porque não dá em nada, porque eu tenho muito serviço na unidade. Não vou dizer que isso também não acontece conosco, mas pelo menos a gente tem consciência disso e debate bastante isso entre nós, né... Tanto que isso semana passada veio a questão. A gente passou uma manhã inteira discutindo casos; quando a gente esqueceu de olhar para dentro do serviço e esqueceu do que a gente estava precisando.

Lembramos aqui que a Enfermagem se coloca (e é colocada), por vezes, como formação profissional que teria como papel tradicional o de

tratar da gestão e administração dos processos de cuidado. Considerando os relatos acima, esta expectativa poderia ser vista como um diferencial. No entanto, num contexto de equipe reduzida, vale pensar se, ao assumir estas demandas reais pelo gerenciamento do cuidado, a enfermagem poderia não só limitar seu leque de ações que o modelo psicossocial ofereceria, bem como impedir um engajamento coletivo e a corresponsabilização sobre tais demandas, por parte de toda a equipe.

Em outras palavras, a pergunta que tais relatos permitem trazer, ao pensar o papel da enfermagem no modelo de atenção psicossocial, é: em que medida assumir os papéis tradicionalmente atribuídos à enfermagem não poderia se constituir em uma armadilha que pertenceria ao campo do Ideal?

Como potencial em aberto, a oportunidade que parece se abrir à Enfermagem seria a de auxiliar na horizontalização da gestão do processo de trabalho, indo além da preocupação do núcleo (níveis superior e técnico), mas agregando a todas as categorias, convidando-as a pensar a partir do que conhece e do que cada um pode contribuir.

A exemplo disso, a questão da estabilidade no trabalho é desafio comum a todos os profissionais. Como encontramos no relato de um gestor:

G8: Às vezes a gente vê aqui que se sofre com questões trabalhistas também, e como isso desagrega o ambiente de trabalho, como é estressante... Mas então, eu preciso dessas pessoas pra trabalharem comigo; se elas não estão funcionando bem, é aí que não funciona bem, isso é trabalho em equipe.

Conforme os relatos, já vimos que a precarização das relações de trabalho coloca limites sobre o potencial do modelo psicossocial, sendo está a realidade partilhada por outros equipamentos da rede, não só da Saúde como da Assistência Social.

Diante da presença inconstante do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) nos encontros de articulação de rede, um dos gestores traz a seguinte percepção em relação:

G8: Mas isso é uma percepção assim, minha: várias vezes vieram pessoal do CREAS, assim, e volta e meia tá mudando, não vêm sempre as mesmas pessoas... Tem uma só, ou duas, que eu vejo que estão ali há mais tempo; o pessoal acaba não ficando. Porque [...] não tem uma estabilidade, né, os contratos, o pessoal acaba... E daí isso se torna muito difícil de tu fazer um vínculo, por exemplo. Às vezes o usuário se vincula a um profissional, e de repente esse profissional tá fora né... É bem complicado isso.

T4: [...] quando a gente vai ter uma discussão entre nós tudo muito bem, tudo muito bom, mas aí quando a gente vai ter uma discussão fora, não acontece.

As possibilidades reais de articulação com a unidade de internação em saúde mental do hospital geral do município também são trazidas nos relatos dos trabalhadores, sendo exemplificada uma conduta sobre uma trabalhadora da enfermagem. A dificuldade vivenciada no cotidiano do trabalho não é a da articulação dificultada pela ausência de equipe disponível, mas sim pelas diferenças de concepção em saúde, que, aludindo ao papel tradicional da Enfermagem em saúde mental, tendem a recortar o sujeito em suas demandas clínicas e de saúde mental:

T8: Aí nós levamos lá, chegamos com o usuário lá, e a ficha dele... Logo estava deitado na maca. Daí os próprios pacientes da sala de espera ali, ficaram esperando e daí tentaram nos ajudar, botaram ele no banco e tal, aí eu tentei furar a fila, fiz a ficha dele, daí eu pedi: “ó, vocês podem chamar o pessoal da enfermagem ou alguém pra ajudar?” Porque ele estava passando mal ali. Daí tá... chegou a enfermeira, saiu junto com técnico, ou era segurança, não lembro; saiu a enfermeira, que estava lá na triagem, daí ela olhou assim, e daí ela “o que houve?” Daí eu disse: “não, ele passou mal aí, ele tem histórico cardíaco, dor no peito”... Daí ela: “ah, é clínico o problema?”. Daí eu disse: “sim, é problema clínico” eu disse pra ela “também”... Daí ela disse: “*ah tá, é que vocês têm que avisar se é psiquiátrico ou clínico*” [risos]. Daí, “*e vai mudar o atendimento de vocês se é psiquiátrico ou clínico?*” Na hora eu não falei isso, essa última frase eu pensei na hora. Porque [...] são absurdos da dicotomia que ainda existe, e nesse sentido, aí já é questão de mentalidade, conforme o profissional, [...] e essa mentalidade é entranhada no hospital.

No relato de uma gestora do Colegiado de Saúde Mental, a diferenciação no manejo de demandas vistas como clínicas ou psiquiátricas,

por parte do hospital municipal, fica mais evidente não como um problema na definição entre diferentes protocolos de cuidado, mas sim, como um problema de falta de preparo profissional:

G3: Aconteceu esses dias, um usuário que entrou em Pronto Atendimento, um usuário nosso, convulsionando, eles atendem tranquilo. Acho que se acontecer no final de semana, eles atendem tranquilo. Agora, se ele tá com a crise de fissura e desespero ou até de overdose, se for o caso, vai pra emergência de Viamão e é discriminação total no atendimento; não sabem encaminhar pros familiares... Então... Existe essa diferença entre o que é um atendimento clínico e o que é um atendimento psiquiátrico; claro, tem as suas singularidades; mas eu acho que deveriam ser atendidas por iguais.

Um trabalhador relata um caso semelhante vivenciado por um gestor da Secretaria Municipal de Saúde:

T8: Até, inclusive, eles nem se preocupam em esconder isso. Uma vez foi o assessor da Secretaria de Saúde [...] que trabalha lá... Ele foi ali pra levar um usuário [...] e o usuário tinha tido uma tentativa de suicídio. Aí não era uma questão de drogas, eram outros problemas que ele tinha tido, tentativa de suicídio e tal. E aí a médica não se deu conta que ele era da Secretaria e [...] ela disse na frente dele, sem saber quem era ele: “esse aqui pode mandar embora, que eu não quero louco na emergência”. E aí ele ficou possesso.

A dimensão da improvisação e da inventividade diante da falta de recursos materiais também foi relatado pelos trabalhadores como um desafio Real que se impõe ao Ideal da efetivação de diferentes ofertas do CAPS-Ad, desde as oficinas terapêuticas até a própria oferta medicamentosa. Conforme o relato de um dos gestores:

G8: Eu acho que a questão de medicação tem que ter no mínimo uma de cada classe; então assim: antipsicótico atípico não tem. Agora tem a Risperidona, só que, até um tempo atrás, antidepressivo, antidopaminérgico, não tinha. Tu tens que ter uma de cada classe para fazer as opções. Aí o resto, as outras classes, mais caras, aí já é um pouco luxo também... Claro, tu tens como abrir um processo administrativo sem estas medicações também, desta forma funcionaria bem. Mas tem alguns lugares que não tem, daí tu tem que usar uma medicação de outra classe, daí então tá: o cara é esquizofrênico, tem indicação de usar antipsicótico pro resto da vida, só tem haldol na rede e aí acabou, não tem dinheiro... E se não responder ao haldol, se não responder a todas as outras que tem na rede, e aí? Aí vai ter que entrar com processo, toda aquela história... Então, antidepressivos mais simples tinha que ter na rede, né?

A categoria Real permitiu recortar, nos relatos de gestores e trabalhadores do CAPS-Ad participantes da pesquisa ViaREDE, diferentes cobranças que ajudam a moldar um perfil profissional desde a expectativa colocada sobre a formação e o preparo profissional entre colegas de equipe, bem como dilemas específicos da enfermagem ao pensar tarefas organizacionais e assistenciais.

Como um fator comum às vivências das diferentes pessoas entrevistadas, foram citados também diferentes fatores estressores no processo de trabalho, dentre eles a precarização dos processos de trabalho (rotatividade); o difícil manejo para manter as potências do vínculo junto aos usuários do serviço; a insuficiência de recursos materiais (para realização de oficinas e o acesso a medicamentos) e, por fim, a percepção de uma rede de apoio precária, principalmente nos equipamentos da Assistência Social (CREAS), na Rede de Atenção Básica em Saúde (RAPS) e nas tentativas de acesso aos leitos de cuidado em saúde mental no hospital geral, que, por sua vez, ajudou a ilustrar as diferenças entre os modelos psicossocial e biomédico de cuidado em saúde mental.

5.3 POSSÍVEL

Na categorização do Possível, foram trazidos relatos que aludiam à síntese entre o Ideal (utopia desejada) e o Real (impasse vivido):

T3: A gente faz o que tá dentro do possível; assim... E como vocês veem, a gente não tem equipe, não tem equipe pra atender as pessoas. E é muita demanda, é demanda de Ministério Público pra fazer Visita Domiciliar, fazer VD em clínicas...

Uma estratégia possível de fortalecimento relatada pelos profissionais do CAPS seria a aproximação com os outros serviços da RAPS municipal, o que envolveria que o trabalhador tivesse um entendimento diferenciado sobre a gestão do cuidado nesta rede. O relato a seguir dá mostras de espaços de fortalecimento que podem ser ocupados:

T3: Acho que mais enquanto equipe, não tanto enquanto coordenação... Porque eu acho que a coordenação não é a linha de frente. Eles pensam, eles planejam, mas quem executa não se conversa, não se conhece [...] Isso existindo entre o CAPS, quem dirá pra rede toda [...] As pessoas nem se conhecem; se conhecem por telefone, porque agora todo mundo é novo, quem entrou, né. Mas já entra com aquela coisa né... Isso reflete dentro do nosso serviço, quem dirá com a rede.

No contexto do relato acima, “aquela coisa” que pode ser evitada com trabalhadores que chegam às equipes seria o próprio distanciamento em relação aos colegas da RAPS. No entender do mesmo, sendo as equipes em sua maioria reduzidas e já focadas em resolver seus próprios problemas locais, novos colegas acabam não tendo o tempo de criar vínculos mais duradouros com colegas de outros CAPS.

Coincidentemente, esta estratégia de disposição para o diálogo é a mesma citada por um entrevistado, quando trata das tecnologias de cuidado e vínculo com os usuários no território:

T3: É o que tu tens que fazer também, querer falar com aquelas pessoas, querer lidar com a aquela pessoa, porque é difícil, né? Todo mundo vê o mendigo na rua, na praça, mas ninguém quer falar com ele, ninguém quer tocar nele. Tem uma praça em que o pessoal faz uso, que é na frente de uma UBS, e os caras têm várias complicações clínicas independente do seu uso, mas ninguém vai ali verificar uma pressão ou ofertar uma consulta.

Aqui temos uma demanda em Educação Permanente na rede, no sentido de trabalhar o estigma que invisibiliza os usuários, e que impede o acesso na rede como um todo. No relato a seguir, vimos que o que está ao alcance possível dos profissionais ao realizar o fortalecimento da rede são estratégias, ou posturas éticas, que vão ao encontro da ética do cuidado no modelo psicossocial, tais como, por exemplo, agregar alguns usuários do CAPS nas próprias conversas junto às equipes:

T3: Profissionais fazem capacitação aqui, a gente dá capacitações nos serviços a gente já foi fazer em empresas. Os próprios usuários mais estáveis também, explicar, contar a vida deles... Eles têm vida além daquilo ali.

A noção de convivência e trocas de experiências é percebida, nos relatos, como um potencial a ser explorado de forma ampla: chega-se a afirmar, por exemplo, como seria positivo para as equipes da RAPS em geral se seus trabalhadores convivessem com os usuários do CAPS-Ad, esperando-se assim uma desmistificação sobre as exigências de perfis ideais:

T4: Eu acho que a questão de convivência, sabe? De trocas mesmo... vêm passar algumas semanas aqui, e os profissionais vão trocando... Se a gente consegue dar conta, se a gente consegue, porque que eles não? [...] Porque também é muito fácil ter um dia e fazer uma reunião para explicar, mas não é a vivência; tu vais estar lidando com os profissionais, não vai estar lidando com os usuários. Então, eu acho que uma vivência aqui no serviço seria boa para esses profissionais que vão estar recebendo esses usuários nos serviços.

O relato acima denota uma combinação entre a RAPS com relação ao acolhimento de pessoas que usam drogas: os CAPS Adultos, embora não sejam referência para este público, podem também receber pessoas cuja demanda prioritária em saúde mental sejam pessoas que apresentem outros transtornos que não os de impulsividade ou adição, mas que podem ter, associados a estes transtornos, um hábito de usos de substâncias (como por exemplo, um transtorno de humor ou uma depressão no qual a pessoa faça usos de álcool em um padrão moderado).

Por si só, esta característica da RAPS de Viamão já surge como um exemplo de um Possível, pela tentativa de superar as barreiras e

estigmatizações que, por vezes, “recortam” a experiência de pessoas que usam drogas, que como já vimos ocorrer no hospital do município, por vezes são definidas a partir de seus usos de substância mesmo quando a esta não é sua principal demanda.

Já quanto a ações de Educação Permanente a outros serviços da rede, como os equipamentos da Assistência Social ou da Atenção Básica em saúde, o Possível surge como um exercício de flexibilização de conceitos que possam despertar resistências por parte das equipes. Conforme o relato a seguir, durante as capacitações, é preferível buscar uma linguagem comum ao fazer vínculos com a rede:

Entrevistador: Então, tu achas que são momentos bons... Como tu avalia esses momentos de discussão?

T1: Olha, são bons por que sempre proporcionam as discussões né... Então, até para a gente poder colocar o nosso ponto de vista; porque às vezes, dependendo do local, é muito complicado, não dá, porque tem as regras deles, né, e a gente costuma ser mais flexível com as coisas e sempre manter estas discussões que, às vezes, é muito complicado... Porque tem gente que não concorda com nada e tem que ter arranjar um meio termo, pelo menos para conseguir encaminhar o assunto, né, e ver o que a gente vai poder fazer, mas acho que sim, que é bom.

O relato aponta para uma estratégia que constitui uma ética no perfil do trabalhador do CAPS ao articular sua rede de apoio, não havendo diferença quando se trata de gerar vínculos com usuários ou com colegas da rede.

Quanto às estratégias para garantir o atendimento no hospital geral do município, o relato do trabalhador a seguir fala em um Acompanhamento Terapêutico ao longo da espera na emergência hospitalar, no aguardo da avaliação pelo psiquiatra de plantão:

T6: Também, normalmente, quando a gente faz encaminhamento, muitas vezes a gente tem que fazer um Acompanhamento Terapêutico, um AT, pra que eles sejam realmente atendidos... Inclusive na emergência do hospital de Viamão; se eles vão sozinhos possivelmente vão medicar e mandar embora.

Neste sentido, profissionais da Enfermagem e da Medicina são vistos como aliados em potencial para garantir o acesso à internação em leitos hospitalares, num contexto em que o saber biomédico tradicionalmente associado a estas formações permite que os mesmos *abram brechas*:

G5: Aqui no hospital de Viamão é bem difícil; esses dez leitos recém contratualizados não tão em pleno funcionamento. Nosso usuário ainda entra pela emergência e na emergência, dependendo do plantonista, o usuário não fica mesmo que a gente indique, mesmo que a gente discuta o caso. A gente tem usado a estratégia de ir ao hospital, e é uma estratégia importante que a gente faz. A gente tem um colega psiquiatra que consegue compactuar, e compartilha de todos paradigmas que eu conversei aqui com vocês. Então a gente acaba usando o fato dele ser médico pra ir lá desconstruir, com os outros médicos, porque muitos lá só conversam com médicos, e dizem isso. É através do nosso colega Thiago e da nossa enfermeira Eliane [...] então tem muito isso, conseguem abrir as brechas, então, pra negociar nossas internações.

Neste caso, a estratégia possível inventada pelo colegiado gestor da saúde mental, de jogar estrategicamente com as representações da Medicina e da Enfermagem na tentativa de garantir o acesso aos leitos contratualizados, trouxera como benefícios por vezes uma revisão do próprio fluxo de internações e encaminhamentos à rede:

G5: [...] e a gente teve casos de sucesso, onde teve médicos que entenderam, conseguiram bancar. O Thiago ia quase que diariamente, quando não ia ligava pra revisar medicação.... Ainda era fazer *por*, não fazer *com*, mas ainda era uma estratégia que ajudou o clinico que estava ali no hospital a ficar com o usuário e não encaminhar para o [Hospital Psiquiátrico] São Pedro, que é o que eles fazem direto, eles recebem o usuário e mandam pro São Pedro, recebem e mandam pro São Pedro.

Outras possíveis articulações e parcerias em rede são identificadas em algumas ações estratégicas e programas, para além dos serviços instituídos, o que denota um investimento ativo por parte do trabalhador do CAPS-Ad em respaldar a abertura das equipes que procuram o serviço:

Entrevistador: A ideia de algumas coisas que tu falaste, que as instâncias de proteção social, da Assistência Social, são frágeis, que não tem sustento nenhum, já ficou bem claro isso né... E existe alguma parceria com HIV, tuberculose? Vocês têm conseguido trabalhar?

T6: Tem, esses são...

Entrevistador: Equipes, programas?

T6: Equipes... São programas que já têm esse olhar de rede, tá, aí funcionam... Eles vêm, ou a gente vai e procura e eles vêm até nós. Eles se preocupam com a rede, em saber isso, aí eu acho que funciona, com os programas, mas com a Assistência Social eu não vejo não.

A postura ética de demonstrar flexibilidade surge também como um importante componente para o perfil do trabalhador do CAPS-Ad, quando se trata de buscar aproximação com as famílias dos usuários. Sobre todas as pressões reais vivenciadas, soma-se o desafio de lidar com o acúmulo de sofrimento trazido pelos familiares, muitas vezes em um vínculo familiar já rompido ou precário, situação que atravessa os pedidos de internação, por vezes trazidos como demanda prioritária e urgente, em detrimento das ofertas do CAPS-Ad.

Este tipo de pressão com a qual os trabalhadores lidam é ainda mais evidente quando se trata de usuários que estão correndo risco imediato de vida, como consequência das violentas dinâmicas de clandestinidade que envolvem o comércio e a produção das substâncias ilícitas:

T6:T O que acontece bastante com os usuários de crack é que esses mais violentos, que roubam [...], às vezes são a mínima parcela, a gente tem acesso a eles através dos familiares, que querem não resolver o problema da saúde deles, mas querem mais é resolver o problema e sumir com ele internando. Mas a gente tenta buscar a melhor forma pra eles entenderem como é que funciona o serviço, de eles entenderem como é que funciona o problema e tentar conscientizar eles de que existem outras opções; que se ele tá com problema, bom, se tem que deslocar ele, vamos ver se tem. Ele precisa de um outro tratamento.

Em outras palavras, para se poder contornar as pressões que chegam através dos familiares, é desejável que trabalhadores do CAPS-Ad saibam considerar critérios técnicos ao realizar um encaminhamento à internação, e

que, ao fazê-lo, e tão importante quanto, saibam também trabalhar junto aos familiares e ao usuário do serviço o significado deste encaminhamento. Assim, torna-se possível apostar na vinculação com o serviço (e na adesão ao tratamento) a médio e longo prazos. Ou seja, não se trata apenas de resolver a demanda imediata por um espaço protegido, mas de situá-la como uma das metas possíveis, dentro de um Projeto Terapêutico mais amplo.

O perfil que se desenha até então, de um trabalhador cuja postura ética de cuidado vai além do âmbito profissional, ganha outros contornos no trecho a seguir, de um Grupo Focal entre gestores, enquanto refletem sobre como podem lidar com a realidade da discriminação dos usuários do serviço CAPS-Ad, que muitas vezes é encontrada nas próprias campanhas preventivas que circulam em grandes veículos de mídia.

Entrevistadora: Eu estava falando até, daquela época de denúncia, na década de 70, dos manicômios... Foi a [Rede] Globo que realmente fez o *boom* para aparecer em toda a sociedade com o programa; foi o Globo Repórter, na época, que deu visibilidade. Então não se diz não, nunca é preto no branco né, pode ser usado. É a favor, é contra...

G8: [A mídia] precisa ser instrumentalizada e é nosso dever de profissional da saúde, eu falo todos nós, este tipo de conhecimento, de pensamento. É o nosso papel. Se a mídia está fazendo isso [campanhas discriminatórias] não é falha da mídia apenas, isso é falha dos profissionais de saúde, é isso que a gente tem que saber olhar e olhar para a gente mesmo e... Bom, é muito difícil, mas este é o princípio do tratamento daqui, né?

Novamente, o modelo de atenção psicossocial exige uma disposição profunda à autocrítica dos trabalhadores enquanto cidadãos e enquanto sujeitos que possuem, também, uma saúde mental a ser cuidada, compartilhando muitas das dificuldades que são relatadas pelos próprios usuários (como a dificuldade de “olhar para si mesmo”).

O investimento afetivo de um trabalhador sobre si mesmo, ao buscar conquistar as qualidades deste perfil, embora tenha aspectos de radicalidade e combatividade, passa também pelo domínio de uma certa sutileza na comunicação, de uma escuta sensível. Este aspecto surge no relato seguinte, quando a entrevista aborda uma possível resistência ideológica, por parte das

equipes que atuam no modelo psicossocial, contra algumas ofertas que são confundidas como simbólicas do cuidado biomédico, podendo formar alguns tabus, como resistências ao próprio encaminhamento à internação:

G8: [...] neste sentido eu acho que até o que Viamão tem de diferente com relação aos outros, de referencial positivo, assim, pode não ser o suficiente, entendeu? E pode ter a ver também com esta ojeriza que o pessoal tem de internação. Porque às vezes o usuário chega aqui e fala, mas o jeito de ele dizer que ele está precisando de ajuda é 'eu preciso me internar'. Mas ao invés de tu dizer 'vamos conversar um pouquinho mais.' Diz: 'internar não'. E neste 'não, internar não', já quebrou o aporte daqui né... Então isso pode ser uma coisa que acontece, mas aí é... Já foi bem pior. A gente tem tentado diluir isso aí, amortecer um pouco isso. Isso já foi pior no CAPS.

A referida “ojeriza à internação”, como entendimento equivocado, é possível de ser identificado e trabalhado no cotidiano das equipes, intervindo-se sobre os perfis dos trabalhadores das mesmas.

O modelo psicossocial, sendo voltado à escuta ampla dos comportamentos e da sutil interação entre usuários e trabalhadores, surge como uma importante ferramenta aqui, no momento de superarmos a falsa oposição entre fatores biológicos e sociais na saúde mental, dentre outros debates que por vezes podem trazer empecilhos durante processos de aprendizagem:

G5: Aí eu fico pensando... Os médicos também têm uma ojeriza dos outros profissionais, e daí acaba desagregando [...], acaba não funcionando. Tinha uma aula em que a médica psiquiatra ia explicar sobre a esquizofrenia, e a médica começou e disse assim: “aqui nós não vamos falar de política em saúde mental, eu só vou falar da esquizofrenia”. Daí o pessoal, “mas que absurdo, não sei o que, e não sei o que”... E ela: “não, vocês têm que aproveitar”... Naquele momento vocês tem que aprender aquilo ali, porque depois fica muito, um com raiva do outro né?

Entre relatos de gestores ainda, fala-se sobre a possível utilização estratégica do “poder biomédico”, como na curiosa estratégia da equipe do CAPS-Ad ao buscar a melhoria dos vínculos junto à equipe do hospital:

G2: A gente tem um colega psiquiatra que consegue compactuar, compartilha de todos paradigmas que eu conversei aqui com vocês, então a gente acaba usando o fato dele ser médico pra eu ir lá desconstruir e estar cara a cara com os outros médicos, porque muitos lá só conversam com médicos e dizem isso... É através do nosso colega [...] e da nossa enfermeira Eliane. São os caras que são os técnicos do hospital da medicina então tem muito isso, conseguem abrir as brechas então pra negociar nossas internações, e a gente teve casos de sucessos, onde teve médicos, alguns, que entenderam, conseguiram bancar. O Thiago ia quase que diariamente; quando não ia, ligava, pra revisar medicação, revisar... ainda era fazer *por*, não fazer *com*. Mas ainda era uma estratégia que ajudou o clínico que estava ali no hospital a ficar com o usuário e não encaminhar para o São Pedro. É o que eles fazem direto: eles recebem o usuário e mandam pro São Pedro, recebem e mandam pro São Pedro...

Os possíveis aqui relatados, portanto, são os momentos em que, consideradas as distantes utopias, encontramos ao alcance exemplos de estratégias encontradas pela equipe multiprofissional do CAPS-Ad, e que aqui reunidas, nos prometem dar pistas sobre o perfil do profissional que atua no modelo psicossocial.

Assim, seguiremos à discussão do material coletado nas entrevistas, com um diálogo junto à literatura atualizada.

6. DISCUSSÃO

Para amparar a discussão dos dados textuais das entrevistas realizadas com trabalhadores(as) e gestores(as) do CAPS-Ad Nova Vida, devemos solucionar o dilema de como estes relatos poderiam contribuir ao pensar os desafios na busca de um *perfil da enfermagem* na atenção psicossocial. Para isso, retomamos aqui brevemente os conceitos de campo e núcleo profissional em seus significados.

É importante pensar em que medida a ideia de *núcleo profissional* remete à formação acadêmica e às experiências complexas que envolvem o aprendizado inicial ao nos tornarmos profissionais da saúde.

Ou seja, com a ideia de núcleo profissional, não estamos tratando apenas dos conhecimentos derivados das disciplinas que compõem as grades curriculares da Psicologia ou da Enfermagem (por exemplo), mas também estamos tratando de todo processo de subjetivação envolvido na construção desta identidade profissional de saúde.

O núcleo profissional trata da experiência contínua de tornar-se psicólogo(a), tornar-se enfermeiro(a), considerando-se o imaginário sociocultural e como esses elementos também influenciam o desempenho de papéis nas equipes e o modo como diferentes profissionais de saúde; como aprendem a integrar-se como parte de uma equipe multiprofissional.

Enquanto isso, temos a noção de campo profissional, que demarcaria justamente o que ocorre quando profissionais de diferentes núcleos atuam em uma mesma equipe - como é o caso dos CAPS. O campo profissional é, por definição,

um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Trazendo as concepções acima para o presente trabalho, entendemos os relatos da pesquisa Via-REDE como válidos para pensar o desafio comum aos diferentes núcleos, isto é, o de ofertar cuidado em saúde mental em uma

equipe multiprofissional. É através das pistas sobre este *desafio em comum* que traremos análises sobre as implicações para a enfermagem enquanto núcleo.

Sintetizamos abaixo as contribuições dos relatos para cada categoria de análise (Real, Ideal e Possível), articulando-se com a discussão na literatura os achados. Para fins didáticos, os elementos são apresentados em ordem alfabética, numerando-os quando necessário (A1, A2, B1, B2, etc.).

Quadro 02 - Elementos associados ao perfil na Equipe do CAPS-Ad III Nova Vida na categoria de análise Ideal

CATEGORIA DE ANÁLISE	ENTREVISTADO(A)	ELEMENTOS ANALISADOS NA CATEGORIA DO PERFIL “IDEAL”
IDEAL	T4, G5	A1. Elaboração subjetiva amadurecida que permite distanciar de preconceitos morais sobre usuários de SPAs; A2. Abertura para tratar desta superação de preceitos morais, entre colegas e nos momentos de Educação Permanente
	G2; G3; G5; T4	B1. Ter identificação afetiva com o público; B2. Ter sido individualmente atravessado(a) pelo afeto da questão das drogas; B3. Ter identificação ético-política definida com a Reforma Psiquiátrica e o paradigma da Redução de Danos; B4. Ter identificação com o tema álcool e drogas
	T4	C1. Desenvolver uma capacidade de improvisação/adaptação, em oposição à previsibilidade do contexto hospitalar
	T6	D1. Ter um olhar integral para a demanda de usuários/familiares/comunidade, tal como se encontram e se apresentam
	T7	E1. Há uma tensão política hegemônica que situa o lugar da Enfermagem em um CAPS-Ad III em um lugar central na equipe;
	G2	F1. Domínio prático e teórico da atenção à crise
	G3	G1. Ir além da composição biomédico-centrada (novamente a associação direta da Enfermagem)

Fonte: elaborado pelo autor (2020) a partir de Pinho *et al* (2014)

Os elementos do ideal do perfil do trabalhador (A1 e A2) ajudam a elaborar um imaginário no qual há uma expectativa pelo preparo tanto sobre as dimensões subjetivas, afetivas, do encontro com usuários de serviços de

saúde mental, como também sobre as dimensões do núcleo profissional, em sua excelência técnica.

Por sua vez, estas dimensões são moduladas, também, pela perspectiva de uma experiência profissional prévia que, de forma um tanto ambígua, espera que o(a) profissional tenha disposição e abertura para a inventividade e criatividade em sua prática assistencial, oferecendo segurança técnica e teórica na mesma junto à equipe.

Esta aparente contradição entre dar segurança e ao mesmo tempo comunicar flexibilidade e abertura é característica da atenção em saúde mental, repercutindo dentro do núcleo da enfermagem de forma específica.

Este desafio se reporta, como já vimos, à história da Enfermagem, que *“traz consigo traços religiosos que hoje resultam na sede em separar o certo do errado; corrigir o que está fora dos padrões”* (MUNIZ, ABRAHÃO, TAVARES, 2016, p. 395).

Pensando este desafio, as autoras propõem que este cuidado vivo em ato *“vai demandar do enfermeiro abrir mão de suas verdades e rotinas instituídas totalizantes”*, reconhecendo *“a importância de dar passagem àquilo que não cabe em uma organização ou rotina pré-definida”* (id.ibid., p.395).

Nos elementos B1 a B4, vimos como esta imagem ideal ganha contornos éticos e políticos que vão além do domínio das políticas públicas de saúde ou dos determinantes sociais, e trata de como a dimensão cidadã de profissionais de saúde pode estar colocada - o que, no contexto do SUS, trata do Eixo do Controle Social, que tem instâncias formais (como os Conselhos de Saúde) e informais (como associações de bairro, e outros dispositivos comunitários).

Em seu relato sobre a atuação junto a profissionais de saúde em processos de educação continuada e permanente, visando qualificar a atenção em saúde a pessoas que usam drogas, Mayer (2010) refere como fundamental a construção de *“dispositivos para acompanhar a operação subjetiva de cada trabalhador na diferenciação de saúde e moralidade”* (MAYER,2010, p. 90).

Temos, então, que embora esta identificação subjetiva com o campo possa ser atravessada por dificuldades pessoais (familiares, dentre outras),

não significa que não seja passível de elaboração em atividades de educação permanente.

Por sua vez, a questão da articulação com dispositivos de controle social no território é intimamente ligada à oferta de cuidado em saúde mental no modelo psicossocial, tendo em vista, por exemplo, a própria oferta de estratégias para geração de renda e inserção no mercado de trabalho (RODRIGUES e YASUI, 2016), que geram demandas multidisciplinares, para além da Terapia Ocupacional (MUNIZ, ABRAHÃO, TAVARES, 2017).

Quanto ao controle social, podemos citar como Arcêncio (2018) interpreta a competência da comunicação em Enfermagem, que considerando os desafios do núcleo para o futuro, principalmente no sentido de sustentar os sistemas universais de saúde, deve ser entendida também no sentido de dar “voz à participação social”. Para o autor, a enfermagem do futuro é a do profissional “que fomenta decisões políticas, garantias do Estado de Direito e da dignidade humana”.

No contexto das mudanças políticas recentes, o desafio de sustentar um sistema como o SUS é colocado como parte de uma “(re)construção de seus sujeitos políticos”, incluindo uma “renovação” da “linguagem pública e sua capacidade de fazer convergir novos movimentos sociais” (GUIMARÃES e DOS SANTOS, 2020).

No elemento C1, reunimos relatos que situam o imaginário social da Enfermagem (e da medicina) no campo da saúde mental, como núcleos profissionais que teriam um desafio extra para atuar no modelo psicossocial, visto a proximidade destas formações com campos de prática em contexto hospitalar.

Este elemento também dialoga com outro mencionado na Análise, o G1, onde os relatos problematizam a formação e a composição médico-centrada no processo de trabalho, como desafios em potencial.

Esta parece ser questão unânime na temática de artigos da enfermagem em saúde mental que tratam da atuação neste modelo de cuidado, tendo a já mencionada necessidade de superar questões históricas (MUNIZ, ABRAHÃO, TAVARES, 2016).

Para outros autores, estamos tratando sobretudo “*do ensino dos aspectos socioemocionais na formação de enfermeiros*” (FERNANDES, TAVARES, POLAKIEWICZ, MUNIZ e FERREIRA, 2019).

A própria atuação deste núcleo nas ofertas do modelo psicossocial, na convivência em equipe multiprofissional e nas rotinas de um serviço de atenção voltada ao território, é vista como benéfica ao núcleo da Enfermagem neste sentido (FORTES; PERES; SANTOS; MARTINS; MONTENEGRO; FILHO, 2017).

Em seu Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde Coletiva, ao refletir em sua formação como enfermeira na UFRGS, Abruzzi (2019) delinea como o enfoque procedimental, biomédico, foi por ela vivenciado:

na prática dos estágios, sobretudo aqueles da área hospitalar e dos serviços de emergência - onde as relações com os usuários são mais transitórias; a prática de procedimentos é uma necessidade recorrente, assim como o controle de sinais e sintomas por se tratar de situações agudas, ou agudizações de doenças crônicas; a dinâmica do espaço exige tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras), necessárias para esse nível de atenção - o corpo biológico é mais valorizado havendo menos espaço para investigação de outros aspectos da vida, determinantes para o processo de saúde-doença.

Chama atenção, neste resgate, a compreensão sobre porque este olhar focado no procedimento e na identificação de sinais e sintomas, se fazia “necessário”, colocando-se a questão, no caso da saúde mental, sobre a viabilidade de um outro modo de olhar para os processos de saúde-doença, lembrando que a tomada de decisão é, também, parte das competências e habilidades da enfermagem.

Nesta trajetória que a levaria a um maior investimento profissional na atuação no SUS a partir dos referenciais da Saúde Coletiva, a autora descreve o modelo psicossocial, “*a redução de danos como diretriz de trabalho e o PTS como ferramenta norteadora*”, como pontos de contribuição na conquista de um “*olhar vibrátil*” às pessoas atendidas; tomando de referência um termo da psicanalista e artista plástica Suely Rolnik, que sugere que o olho “*seja tocado pela força do que vê*” (ROLNIK, 1997, p.26).

Este *olhar vibrátil* se contrapunha ao olhar "*automatizado*", que tampouco deve ser trazido como motivo para mera "*responsabilização*" individual entre profissionais, mas sim, como apontamento sobre a "*autonomia para gerenciar e tomar decisões e condutas [...]*", e que deve ser considerada numa "*compreensão do cuidado como uma forma de ser e conviver em sociedade*" (ABRUZZI, 2019, p.12).

Aqui, podemos incluir a provocação trazida pelo elemento do Ideal D1, que trata da importância de um cuidado integral em saúde.

No entanto, este é um requisito que se coloca aos demais núcleos profissionais, e situamos ele no campo do Ideal por pensar em que medida trabalhadores(as) da saúde também não sofrem os mesmos efeitos de decisões políticas que os afastam de garantias básicas, como emprego, moradia, renda, acesso à educação e até mesmo à saúde.

No elemento E1, retomamos como que o modelo psicossocial demanda à Enfermagem uma desconstrução de seu suposto lugar hegemônico, herança característica dos espaços de atenção hospitalares e do modelo asilar.

Na literatura, podemos ver como o abandono "*do modelo mecanicista de trabalho*" (MENEZES e MOURA, 2018) é ressaltado como favorável à inserção da Enfermagem no modelo psicossocial.

Este lugar de suposta centralidade surge como ameaça ao sucesso da comunicação e da troca de saberes em uma equipe multiprofissional; neste sentido é que caberá ao núcleo de Enfermagem (e podemos talvez acrescentar, aos núcleos da Medicina e por vezes Psicologia), que procure trazer "*propostas terapêuticas relacionais*", que foquem na "*transformação das relações de poder entre o profissional e a pessoa que busca o cuidado*" (PEREIRA, REINALDO, VILLA e GONÇALVES, 2020).

Restamos com o elemento G1, no qual o preparo para atenção à crise no contexto do CAPS-Ad III surge nos relatos como pré-requisito aos profissionais. Há uma articulação a ser feita neste relato com todos os demais que apontam para o trabalho nos seus elementos do Real, que serão discutidos a seguir.

Quadro 03 - Elementos associados ao perfil na Equipe do CAPS-Ad III Nova Vida na categoria de análise Real

CATEGORIA DE ANÁLISE	ENTREVISTADO(A)	ELEMENTOS DO REAL NO PERFIL DE TRABALHADORES(AS) NA EQUIPE DO CAPS-AD III NOVA VIDA
REAL	T4; T3; T5; G8	H1. O profissional deve contar com um ambiente de trabalho desassistido pelo poder público; H2. Sofrimento moral, por falta de continuidade e amparo na RAPS pra questão AD; H3. Lidar com a referência naturalizada do CAPS-Ad III para demandas de assistência social dos usuários, devido a uma rede intersetorial precária; H4. Há falta de materiais e equipe; H5. Há violências, risco de agressões; H6. É frequente a falta de medicações nas farmácias populares
	G7	I1. A identificação ético-política com o modelo psicossocial é vista como “questão de sorte”, considerando-se a distância da formação profissional com a realidade do SUS;
	T7	J1. É preciso que o profissional saiba trazer suas experiências prévias para a prática; J2. A experiência meramente acadêmica, por vezes, é pior; preferindo-se a experiência forjada na prática
	T6	K1. Parte-se do entendimento de que os campos de prática da medicina e da enfermagem têm foco centrado no contexto hospitalar, geralmente em realidades distantes da “realidade do SUS”
	T3; T4; T5; G8	L1. Lidar com uma gestão municipal atravessada por demandas políticas e pouco resolutiva; L2. Traçar estratégias para que a dedicação profissional seja reconhecida pela gestão;
	T8; G3	M1. A enfermagem em saúde mental, no hospital geral do município, carece de um repertório de cuidados para a dimensão clínica do paciente; M2. É preciso superar a dicotomização entre o que é clínico e o que é mental; M3. Há negativa de profissionais em modelo hospitalar ao atender diferentes demandas a depender de sua identificação

Fonte: elaborado pelo autor (2020) a partir de Pinho *et al* (2014)

Como vimos, um desdobramento natural da expectativa de que profissionais saibam atender a situações de crise no CAPS-Ad é a reflexão sobre as reais ferramentas e condições da equipe para ofertar cuidado nestes momentos.

A própria capacidade de atenção à crise no cotidiano de um CAPS-Ad é atravessada por fatores que podem fugir à autonomia dos núcleos profissionais (H1 a H3). A violência institucional e policial repercutem no serviço como uma importante barreira para a adesão e qualificação do vínculo entre usuários, bem como entre usuários e equipe multiprofissional, sendo estudada na literatura como vivência intrínseca às dinâmicas enfrentadas pela população acessada (GUSMÃO; ROCHA; URCINO; SOUZA; XAVIER; LADEIA; JUNIOR, 2018).

Além disso, temos outros relatos dando conta da ausência de uma rede intersetorial ativa e acolhedora (H3), bem como a falta de profissionais e materiais (H4, H5).

Estes relatos específicos da realidade do serviço compõem um contexto que seria, justamente, favorável ao endurecimento dos processos de trabalho da equipe, quando o modelo psicossocial se vê privado de sua competência e potencialidade, isto é, a possibilidade de escuta empática, de acompanhamento no território (Visitas Domiciliares, etc.) e na ambiência do serviço.

Nos estudos sobre gerenciamento e administração do cuidado em Enfermagem, estes são os mesmos elementos tomados como parâmetro para a adoção de modelos assistenciais como o Método Funcional, associado à fragmentação da assistência e à negligência das necessidades integrais de cuidado, bem como à insatisfação no trabalho (MARQUIS e HUSTON, 2015).

Neste caso, esta configuração de trabalho traria insatisfação *“em função das relações impessoais, da fragmentação das tarefas e da centralização das decisões”* (MELLO; BARBOSA; SOUZA, 2011, p.6).

Na ausência destas dificuldades reais, a literatura aponta para a centralidade do Processo de Enfermagem ao poder permitir que profissionais da Enfermagem possam justamente assumir *“uma posição autônoma como agentes terapêuticos”*, como forma de resolver a *“necessidade de criação de novas possibilidades de diálogo entre perspectivas relacional e biológica”* (GARCIA; FREITAS; LAMAS; TOLEDO, 2017).

Em outras palavras, quando impossibilitadas de serem colocadas em prática, as ferramentas de cuidado do modelo psicossocial darão lugar a práticas de cuidado tradicionalmente associadas ao modelo hospitalar e asilar.

Neste momento, a enfermagem pode de fato ser trazida como núcleo central da equipe multidisciplinar, mas não como forma de reconhecimento ao seu potencial como “*agente terapêutico*”, e sim para que possa retomar, de sua origem histórica, os processos de trabalho hierarquizados associados ao modelo asilar, naturalizando-se a iatrogenia implícita a este modelo (MUNIZ, ABRAHÃO, TAVARES, 2016).

No entanto, a literatura nos aponta que o desafio do qual estamos tratando aqui não é específico dos serviços de média complexidade (como o CAPS-Ad), embora cada nível de atuação apresente suas peculiaridades.

Em estudos exploratório-descritivos nos cenários de atuação em atenção básica, por exemplo, a atuação de profissionais da enfermagem diante de pessoas com uso abusivo de álcool é por vezes relatada como “*rápida e focada nos sintomas de intoxicação aguda*”, com prejuízo na intervenção em promoção de saúde e preventiva, que é o que se entenderia como ideal, neste nível de atenção (VARGAS, OLIVEIRA, LUÍS, 2010).

Por sua vez, esta “*assistência pautada no modelo biomédico*”, mesmo na atenção básica, associa-se a “*percepções formadas a partir de experiências pessoais*”, com prejuízo no desenvolvimento de habilidades e competências favoráveis à construção do vínculo de confiança com a população; surgindo na autoavaliação de entrevistados também a imagem de “*falta de competência técnica*”, defendendo-se como solução ideal, ao invés da capacitação da equipe já existente, a possibilidade de contratação de profissionais de outras áreas, como a psicologia (SOLANGE; ARCOVERDE e AUGUSTO, 2010).

A discussão acima serve de contexto para compreender os demais elementos do Real surgidos nos relatos. Afinal, em I1, aponta-se como “*questão de sorte*” que profissionais de núcleos como Enfermagem e Medicina tenham uma trajetória profissional atravessada pela identificação com o modelo psicossocial.

Do ponto de vista da constituição de um perfil para o trabalho no CAPS-Ad, não por acaso, nos elementos J1 e J2, vimos como são valorizadas as “*experiências pessoais*” de profissionais de saúde que possibilitem maior

preparo profissional na atenção com o público do CAPS-Ad, até mesmo colocando-as como mais importantes que experiências práticas em serviços anteriores.

Complementando esta hierarquização de saberes, temos em K1 que as experiências trazidas de saberes acadêmicos são vistas como mais distantes desses elementos do Real e, portanto, são vistas como menos valiosas que as experiências pessoais e profissionais. Temos, então, neste recorte de relatos, em uma ordem de saberes e experiências (dos mais ao menos valorizados), as experiências pessoais, as profissionais e as acadêmicas.

Aqui vale ponderar em que medida a academia se encontra de fato distante de preparar profissionais para atuarem no modelo psicossocial, sendo a atualização curricular um processo em constante revisão (MARTINS; PERES; SANTOS; QUEIRÓS; PAIVA; FILHO, 2018).

Em que pese as críticas necessárias sobre um conhecimento acadêmico distante da prática, vale lembrar, também, que a própria pesquisa Via-REDE, da qual acessamos os dados, surge como exemplo prático de uma pesquisa avaliativa-participativa dentro do CAPS-Ad, tendo promovido trocas de experiências e renovações de saberes (PINHO *et al*, 2014).

Retomando os achados em L1, vimos como elementos reais do processo de trabalho interferem não apenas com aspectos do perfil relacionados à Atenção em saúde, mas também para a satisfação profissional, tendo o profissional de lidar com atravessamentos políticos sobre os processos de trabalho.

Levar em conta o contexto político local na equação dos modos de gestão de serviços de saúde é uma decisão amparada na literatura, e nos ajuda a evitar o risco de colocar sobre os profissionais (independente de núcleos) o peso de construir o modelo psicossocial (DELGADO, 2019).

Neste sentido, os relatos sugerem que há uma expectativa para que profissionais comprometidos com o modelo de atenção psicossocial demonstrem algum nível de resiliência diante do sofrimento moral associado à precarização no trabalho, ou que a demonstração de uma maior tolerância a estes contextos adoecedores de trabalho seria valorizada pelas pessoas entrevistadas, na constituição de um perfil profissional.

Estes elementos seriam necessários para que as equipes possam traçar estratégias de atuação junto a gestores municipais (L2), visando uma maior valorização do serviço e do trabalho realizado pela equipe, numa espécie de estratégia de redução dos danos associados à precarização do trabalho.

De certo modo, os elementos reais trazidos pelas pessoas entrevistadas permitem pensar que, num contexto de subfinanciamento do SUS, na prática, o modelo psicossocial como um todo se encontra distante de concretizar sua própria potencialidade (DELGADO, 2019; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Abrindo espaço para tratar dos elementos do Possível, que veremos a seguir, temos por fim o modo como alguns relatos trazem a realidade do núcleo da Enfermagem.

Algumas provocações interessantes (em M1) situam como o núcleo se demonstra carente de um repertório de cuidados para a dimensão clínica de usuários(as) em saúde mental, e ajudam a pensar em que medida este despreparo surgiria justamente de uma dicotomização entre demandas de cuidado clínico ou em saúde mental (M2).

Como já comentado, a formação tradicional nos núcleos da Enfermagem e Medicina têm sido centrada numa compreensão biomédica dos processos de saúde-doença na saúde mental (DALGALARRONDO, 2018). Nesta *“busca objetiva do problema biológico”*, associa-se uma ação profissional *“centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida”* (MEHRY e FEUERWERKER, 2016, p.60).

A habilidade e técnica de escuta aqui relatada pode ser entendida sobretudo como uma postura global, que

(...) envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho (MAYNART; DE ALBUQUERQUE; BRÊDA; JORGE, 2014, p. 301).

Sendo a escuta uma tecnologia leve de cuidado, compreende-se como estaria ao alcance de qualquer profissional. Chama atenção, porém, o modo como a escuta é colocada aqui em contraposição a modos mais “endurecidos”, associados tanto nos relatos quanto na literatura às atuações dos núcleos historicamente atuantes no modelo asilar, como a Enfermagem e a Medicina.

Os relatos sugerem que este não é um problema consensual. A efetiva garantia de um olhar integral para as demandas de cuidado do público atendido pelo CAPS-Ad, por parte destes núcleos profissionais, parece depender de como estes se identificam ou não, a nível subjetivo/pessoal, com o campo da saúde mental, a ponto de serem relatadas “negativas” de atendimento clínico em usuários(as) do CAPS-Ad, por parte de profissionais da Enfermagem e Medicina que atuam no hospital geral do município (M3).

Quadro 04 - Elementos associados ao perfil na Equipe do CAPS-Ad III Nova Vida na categoria de análise Possível

CATEGORIA DE ANÁLISE	ENTREVISTADO(A)	ELEMENTOS DO POSSÍVEL NO PERFIL DE TRABALHADORES(AS) NA EQUIPE DO CAPS-AD III NOVA VIDA
POSSÍVEL	T3	N1. "Quem executa não se conversa". A aproximação entre os que estão na assistência direta como estratégia de fortalecimento da RAPS
	T3	O1. A dimensão potente da EP ao problematizar estigmas que por vezes impedem o acesso dos usuários a ofertas básicas de cuidado clínico e também de escuta em SM
	T1	P1. A possibilidade de flexibilizar entendimentos do Ideal, de forma estratégica, com objetivo de garantir o acesso em contextos desfavoráveis
	T6; G5; G2	Q1. A possibilidade das tecnologias leves de cuidado, do AT na emergência para garantir o acesso ao cuidado ofertado em nível hospitalar
	T6; G8	R1. Contrapôr / trabalhar a demanda familiar pela internação por questões de violência ou segurança, bem como por motivos de stress familiar

Fonte: elaborado pelo autor (2020) a partir de Pinho *et al* (2014)

Nos elementos do Possível, reunimos experiências práticas surgidas nos relatos da pesquisa Via-REDE que apontam para estratégias de garantia e implementação do modelo psicossocial.

O relato trazido em N1 oferece uma possibilidade de atuação para profissionais em serviços no modelo psicossocial, na construção de espaços de

trocas de experiências e da convivência. Já vimos nos relatos anteriores, bem como na discussão em literatura, como o cotidiano de práticas em equipe multidisciplinar surge como espaço de formação e educação permanente, e como que para núcleos como o da Enfermagem e Medicina há uma importante complementação destes campos com outras tradicionalmente ofertadas durante a formação acadêmica.

No entanto, o relato se referia à possibilidade de convivência entre equipes de diferentes serviços da RAPS do município como forma de qualificar o cuidado profissional, entendendo a troca de experiências na RAPS como potente. Esta premissa surgida nos relatos vai ao encontro dos embasamentos teóricos da Política Nacional de Humanização (PNH).

Cabe citar, por exemplo, o recurso do apoio institucional, dispositivo de “*construção de espaços coletivos de escuta*” que é utilizado no campo da saúde de modo a “*aproximar a gestão do cotidiano, ampliando as possibilidades de uma gestão compartilhada*” que permita negociações “*dos arranjos e processos de trabalho*”, justamente por tomar “*o coletivo*” como “*produto dinâmico e processual, capaz de produzir protagonismo no cotidiano*” (BERTUSSI, SUNDFELD e FEUERWERKER, 2016, p. 381).

A potência vista na convivência entre colegas da RAPS no espaço do CAPS-Ad é trazida no elemento seguinte (O1) como uma possibilidade de desconstruir estigmas da população acessada, reforçando que a convivência com a diferença, que é uma premissa do modelo psicossocial, pode ser terapêutica tanto à população quanto para trabalhadores(as).

Assim, em que pese as diversas dificuldades trazidas nos elementos do Real, há neste elemento uma aposta na oferta do CAPS-Ad e no ambiente de trabalho, tal como se encontra, visto estarmos tratando de uma operação subjetiva (MAYER, 2010). Souza (2016), por sua vez, também afirma:

Nem todos estarão dispostos a fazer este percurso. Para os que se propõem a se capacitar trabalhadores [...] dentro de uma perspectiva mais afeita aos princípios da atenção psicossocial, dos direitos humanos e da redução de danos, é importante estar ciente que um puro fornecimento de informações não é suficiente para desconstruir conceitos tão fortemente estabelecidos ao

longo do século passado. É necessário tocar o fator afetivo que também está implicado nesta construção (SOUZA, 2016, p.175).

No elemento seguinte (P1), temos como estratégia possível a flexibilização de entendimentos do Ideal.

No caso relatado, para qualificar o acesso de usuários(as) do CAPS-Ad aos leitos de cuidado em saúde mental no Hospital Geral do município, houve uma escolha consciente para que profissionais dos núcleos da Enfermagem e Medicina ocupassem as reuniões conjuntas entre os serviços, que ocorrem no hospital, uma vez que as composições de equipes no hospital eram majoritariamente destes núcleos e que tentativas anteriores de articulação com demais núcleos da equipe não vinham surtindo efeito.

Esta dimensão da desassistência remete à desorganização de fluxos na rede de serviços como um todo, não sendo um problema específico da saúde mental, visto que os serviços da rede de urgência e emergência, frequentemente,

[...] não se percebem como porta de entrada do sistema de modo a garantir também um acompanhamento longitudinal, mas apenas como um ponto da rede que tem como responsabilidade quase exclusiva de estabilizar o usuário em sua condição crítica de saúde (SAMPAIO; FERREIRA; OLIVEIRA; SOARES; GOMES; COELHO e ALMEIDA, 2016, p. 228).

Diante desta configuração, os autores relatam casos de desassistência também em saúde mental, como por exemplo o de uma adolescente que havia realizado tentativa de suicídio por ingesta de medicamentos, e que “*após atendida*” em uma Unidade de Pronto Atendimento, “*volta para casa, sem nenhum encaminhamento*” para a RAPS (idem, ibidem, 2016, p.231).

Neste sentido, a estratégia acima relatada na pesquisa Via-REDE se contrapõe a elementos trazidos no plano do Ideal como, por exemplo, em E1 (a importância de questionar lugar hegemônico do núcleo da Enfermagem, por vezes presentes no discurso de gestores) e G1 (ir além da composição biomédico-centrada).

Por um lado, a experiência relatada mostra como que os núcleos

profissionais diretamente envolvidos podem atuar de forma privilegiada na desconstrução destes espaços centrais nos quais se colocam e/ou são colocados. Por outro lado, a desconstrução destes lugares hegemônicos de fato surge como uma tarefa que compete à Saúde como um todo, não sendo própria do campo da saúde mental.

Os modelos gerenciais dos serviços de saúde trazem implicações diretas para a prática clínica, com repercussões negativas à promoção de corresponsabilidade de pacientes e sua autonomia a depender da predominância de modelos gerenciais orientados sob uma perspectiva mercadológica (MOLINA-MULA; PETER; GALLO-ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2017).

Deste modo, a questão sobre como fazer chegar no contexto da atenção hospitalar as premissas do modelo psicossocial não pode ser simplesmente colocada como sendo de responsabilidade das equipes em seus processos de trabalho, mas também da própria formação profissional.

Em um estudo etnográfico sobre como o discurso biomédico em saúde mental se coloca como “universal” no entendimento de docentes de enfermagem no Canadá (ADAM e JUERGENSEN, 2019), os autores ajudam a compreender a amplitude deste desafio.

Reconhecendo as tentativas de reforma curricular na enfermagem em saúde mental, defendem que a enfermagem se beneficiaria caso tentasse trazer, para este campo, o conceito de “pensamento crítico”, que é tradicionalmente utilizado para embasar o raciocínio clínico em demandas de cuidado em outras áreas, e aprendesse a aplicar este conceito sobre as teorias de saúde mental em suas dimensões sociais e políticas.

Outras brechas possíveis na efetivação da RAPS foram relatadas em Q1, quando da adoção de tecnologias leves de cuidado, como o Acompanhamento Terapêutico de usuários(as) que aguardavam atendimento especializado (consulta com médico psiquiatra) na emergência do hospital, uma vez que dividiam espaço com pacientes com demandas clínicas em urgência e emergência.

Esta experiência ressalta como a garantia de acesso à internação é

dependente da implicação e identificação dos profissionais, sendo característico de serviços de urgência e emergência que a qualidade do cuidado ofertado dependa “*da equipe [...] que está na classificação de risco, do cansaço do profissional ou mesmo da quantidade de pessoas aguardando atendimento*”, fatores que definem que usuários “*saíam do serviço sem nenhuma orientação de cuidados ou efetivo encaminhamento para outro serviço que atenda a sua demanda*” (SAMPAIO; FERREIRA; OLIVEIRA; SOARES; GOMES; COELHO e ALMEIDA, 2016, p. 230).

No caso do público atendido pelo CAPS-Ad, esta configuração ganha novos contornos diante dos processos de estigmatização que situam pessoas que usam drogas como “*vidas que não valem a pena*” (OLIVEIRA; SAMPAIO; FERREIRA; SOARES; COELHO; ALMEIDA, 2016, p. 267).

Estes discursos e pensamentos com conteúdo de desvalia são frequentes no cotidiano dos serviços que atendem a este público, não raro introjetados nas próprias pessoas acessadas, que trazem “*nomeações fechadas em si mesmas*”:

[...] o sujeito responde pelo que ele supõe que queiramos dele. Assim, o que vemos na recepção são pacientes que dizem que é necessário parar. Esse é um terreno perigoso (LOPES e MATTOS, 2016, p. 335).

Por conta disso, espera-se que profissionais de saúde mental atuantes numa escuta sensível se posicionem ativamente para a desconstrução deste lugar de desvalia e do estigma que carregam. Um dos desdobramentos disso, no fluxo de cuidados da RAPS, como vimos no elemento R1, é a demanda por internação. Ainda conforme as autoras:

Faz diferença dizer ao sujeito que a indicação não é de internação, e pedir que ele volte no dia seguinte para falar comigo. Se a resposta for ‘não entendemos como caso de internação, mas volta tal dia com tal pessoa’, que resposta é essa? (LOPES e MATTOS, 2016, p. 337).

De todo modo, o surgimento deste relato supõe condições importantes da qualificação da oferta no CAPS-Ad pesquisado: implica em afirmar a sua

abertura ao acolhimento de demanda espontânea, bem como o de organizar, sob critérios técnicos, os fluxos e indicações de internação no hospital geral do município. Atribuições estas condizentes com o lugar do CAPS-Ad na efetivação do modelo psicossocial, uma vez que, como as autoras permitem concluir, oferece possibilidades de acompanhamento longitudinal, bem como pactuações anteriores e posteriores a uma provável internação.

CONCLUSÃO

Nesta sessão, busco traçar a aplicação dos resultados da pesquisa sobre a prática em saúde, levantando questões que sugerem continuidade do estudo na atualidade, bem como as limitações da mesma.

Considerando-se as três categorias de análise elencadas no presente trabalho e os elementos trazidos em discussão com a literatura, percebemos que a implementação do modelo psicossocial têm exigido dos diferentes núcleos profissionais o compromisso ético-político na garantia do acesso à saúde.

Nos termos do núcleo profissional da Enfermagem, o perfil demandado no campo da saúde mental traz como principal desafio que profissionais sejam desafiados a levar em conta os diferentes determinantes sociais associados aos processos de saúde e doença.

O que, no caso da saúde mental, envolveria o desenvolvimento de habilidades e competências capazes de compreender, por exemplo, a dimensão dos diferentes estímulos de *stress* associados aos ambientes de convívio social em suas instituições (a família, o trabalho, a escola) e valores morais e culturais, bem como diferentes faces de processos de exclusão social e violências institucionais.

Para a enfermagem em saúde mental, é possível que esta adaptação simbolize um importante distanciamento da compreensão teórica dos processos de saúde-doença, em relação às outras áreas de atuação. Safatle (2018) argumenta que devemos aprender a observar as patologias como “*categorias sociais*”, o que é possível quando buscamos ir além das “*descrições realistas que tendem a compreender categorias clínicas em chave naturalista*”; ou seja, deixar de compreender a etiologia do sofrimento psíquico sob a mesma perspectiva que compreendemos outros transtornos (SAFATLE, 2018).

A partir desta perspectiva,

[...] uma época histórica pode ser descrita a partir das patologias que ela faz circular e das patologias que ela invalida. Assim, se nossas sociedades contemporâneas

[...] não tivessem mais histéricos, neuróticos obsessivos, paranoicos [...], não é porque tais categorias descrevam entidades inexistentes [...], mas porque tais narrativas de sofrimento, por razões cujas raízes devem ser procuradas fora do universo estritamente clínico, parecem não ter mais lugar em nossos modos atuais de reprodução material da vida (SAFATLE, 2018).

A história da passagem do modelo asilar rumo a um modelo de atuação psicossocial (e as reintroduções do modelo asilar na atualidade, que serão abordadas a seguir) ajudam a compreender, de certo modo, importantes detalhes de nossa época histórica. No que diz respeito ao papel de profissionais da saúde e sua formação, vimos como serviços e práticas de saúde puderam aprender a embasar-se mais em critérios técnicos do que em valores morais, o que têm envolvido, necessariamente, a tarefa de posicionamento crítico, por parte dos profissionais, diante das demandas sociais que levaram à construção do manicômio.

Em seu artigo em defesa de uma clínica em saúde mental para as pessoas que usam drogas, Silva (2016), como médica psiquiatra, pôde empregar o pensamento crítico nas origens de seu núcleo profissional, no seio do modelo asilar, e as consequências diretas, na sociedade, de determinadas posturas, teorias e condutas profissionais:

Os processos de esquadramento do espaço público, interferências sobre determinadas famílias, a apropriação médica da infância e da mulher, vão se entrelaçar com a construção dum imaginário social que coloca a pobreza como potencialmente perigosa e a juventude pobre como a expressão mais exuberante desse perigo (SILVA, 2016, p.109).

O surgimento e a persistência do modelo asilar aponta para épocas históricas nas quais algumas demandas sociais, como o controle de populações específicas e a manutenção de uma determinada ordem e moralidade. Caso tenhamos a intenção de evitar repetir erros históricos, a questão que naturalmente devemos nos fazer enquanto profissionais de saúde mental, independente do núcleo ao qual pertencemos, remete aos papéis que nosso núcleo teve nessa história e como devemos conhecê-lo.

Neste sentido é que, após a análise acima, enquanto médica psiquiatra preocupada com a superação de dilemas históricos de seu núcleo profissional, Silva pergunta-se:

Estamos diante duma questão ética: o que produzimos na clínica, o que dispomos, o que fazemos funcionar? Reificamos modelos dados, reforçamos lógicas assujeitadoras [...]? Ou abrimos caminho para subjetividades criativas e potentes? [...] Se há abertura para invenção, é possível então se ensaiar uma invenção de outros modos de existir (SILVA, 2016, p. 122).

Considerando as questões levantadas a partir dos relatos da pesquisa Via-REDE, é possível pensar sobre como a Enfermagem poderia inventar outros modos de existir. Em meio à pandemia de Sars-Cov-2, esta questão nos leva a pensar o campo da saúde mental de forma ampla, para além do recorte das pessoas que usam álcool e drogas, com a qual pretendo ocupar este momento de conclusão.

As pistas trazidas pelos relatos da pesquisa ViaREDE sugerem haver grande valorização deste núcleo profissional nas equipes multiprofissionais de saúde mental. No entanto, isso ocorre a exata medida em que este núcleo consegue se comprometer em abandonar o seu suposto lugar de privilégio em meio à hierarquia dada ao poder biomédico.

Dito isso, que competências e habilidades poderiam nos conduzir a esta desconstrução? Seria necessário identificar propriamente do que têm tratado esta “*apropriação médica*” da medicina relatada por Silva (2016), na época histórica em que vivemos. A diferença é que, para seguir o exemplo de forma coerente, devemos olhar para as apropriações que poderiam ocorrer através de nosso próprio núcleo.

Na etnografia já citada junto a docentes do curso de Enfermagem (ADAM e JUERGENSEN, 2019), o estudo apontou que há uma versão “*hegemônica*” do pensamento crítico para a enfermagem em saúde mental. Esta é a versão que consegue refletir com facilidade, por exemplo, sobre melhorias na segurança da assistência ou em questões éticas envolvendo a dimensão assistencial, chegando até mesmo a interessar-se por temas inovadores de pesquisa, tais como “*promoção de saúde*” ou “*fenomenologia*”. No entanto, os autores

também encontraram evidências de como que o pensamento crítico, entre os profissionais entrevistados, raramente se permitiu a “*análises políticas de discursos e práticas*” que justamente contribuem para a manutenção da hegemonia do discurso biomédico sobre saúde mental (ADAM e JUERGENSEN, 2019).

Com isso, os autores apontam que, por detrás da preocupação com aspectos éticos da assistência em saúde mental (que é válida e relevante), haveria na Enfermagem ainda uma certa naturalização da concepção teórica sobre saúde e doença, bem como das referências teóricas no campo biomédico.

Parto desta provocação retomando aqui a analogia com as etapas do Processo de Enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2014) para pensar de que modo os determinantes sociais em saúde mental poderiam, por exemplo, se fazer presentes em suas diferentes etapas.

Por exemplo, como podemos incluir as vivências de processos de estigmatização dentre as Necessidades Humanas Básicas afetadas na etapa de Investigação? Como a Enfermagem poderia produzir reflexões e ações (coletivamente, em equipe) junto a estes determinantes sociais, no Planejamento de sua prática assistencial? Como a Implementação deste cuidado ofertado pode ir além da figura central da Enfermagem, dando lugar a um processo produtor de protagonismo, autonomia e cidadania (como preconiza o modelo psicossocial)? E como estes desafios acima (que não são poucos) têm surgidos durante a Avaliação deste trabalho?

As experiências da Reforma Psiquiátrica Brasileira demonstraram que adotar o modelo psicossocial não envolve, por exemplo, negar as potencialidades terapêuticas surgidas dos dispositivos de cuidado e das tecnologias duras. Por outro lado, ela convida ao questionamento do lugar hegemônico que essas tecnologias tomaram, e de como este lugar de hegemonia influencia no não-reconhecimento de todas as outras tecnologias de cuidado (BARBOSA; LIMA; SIMÕES; PEDROZA; DE MELLO, 2017).

A hegemonia das práticas biomédicas que legitimam o modelo asilar é refletida na hegemonia de um certo modo de organização do processo de

trabalho que, como os relatos da pesquisa ViaREDE corroboram, também podem ocorrer em um CAPS. Algumas estratégias para a superação desta confusão são descritas nos relatos da pesquisa ViaREDE, sendo a mais frequente a do posicionamento ético-político de trabalhadores da saúde mental, por vezes visto como elemento até mais valorizado que a obtenção de um acúmulo teórico atualizado.

Para todos os núcleos profissionais, demanda-se uma compreensão histórica sobre como investir em seus papéis profissionais, sem que corram o risco de perder sua potência, ao reproduzirem-se práticas historicamente associadas ao modelo asilar. Os relatos da pesquisa ViaREDE sugerem como que, para a Enfermagem, as práticas do modelo asilar são superadas principalmente quando profissionais deste núcleo demonstram uma disposição para a construção coletiva de saberes, desde as etapas de identificação de demandas, tomada de decisões e a avaliação do cuidado realizado.

Questionar o entendimento (por vezes naturalizado) de que a Enfermagem estaria acima de outros núcleos parece ser um posicionamento ético-político fundamental e definidor, na ressignificação de sua história. No entanto, nem sempre esta possibilidade se encontra à disposição. No embate político-ideológico dos modelos de atenção em saúde mental, os papéis profissionais estão em constante disputa.

A noção de patologia social trazida por Safatle (2018) ajuda a compreender como que os determinantes sociais afetam tanto a usuários(as) quanto às equipes que os atendem. Assim, em muitos momentos, mesmo diante de relatos sobre a precariedade de estrutura e materiais, os relatos da pesquisa ViaREDE apontaram para a importância da criatividade e do senso de improvisação.

Franco e Mehry (2012) apontam, no entanto, para as dimensões políticas deste desafio, uma vez que esta “*potência produtiva, a possibilidade de criar*” diz muito sobre “*a configuração do modo de produção de cuidado*”, sendo que esta depende dos aspectos gerenciais do “*processo de trabalho*”.

Seria importante demarcar que, na conjuntura histórica sobre crises no SUS, o subfinanciamento têm sido uma constante, trazendo problemas em sua resolutividade, situação com efeitos evidentes na sobrecarga de trabalho

entre profissionais, o que, por sua vez, principalmente diante de crises locais ou globais em saúde, têm tornado suas respostas mais onerosas do ponto de vista político e econômico (SOARES, 2014).

O contexto da pandemia do Sars-Cov-2 no país demonstra bem a interligação entre modelos econômicos neoliberais, desassistência e desvalorização profissional nos setores públicos, pois apesar de o governo atual amparar-se em um discurso de austeridade econômica, pratica em sua política econômica o contrário da austeridade, com uma flexibilização ou abandono total de critérios técnico-científicos nos investimentos públicos, priorizando-se os ganhos políticos imediatos, com atendimento a interesses de grupos específicos (no caso da saúde, por exemplo, os interesses mercadológicos do complexo médico-industrial, como a oferta de planos privados de saúde).

Em outras palavras, os próprios efeitos da desassistência, em um sistema universal de saúde, passam a gerar interesses de nichos mercadológicos que buscam ofertar soluções para a pouca resolutividade do modelo existente, havendo pouca austeridade nos investimentos de recursos e maior oneração ao Estado em diferentes níveis, seja pelo deterioramento de estruturas físicas e materiais de trabalho, seja pela necessidade de reinvestimento constante em recursos humanos, dada a alta rotatividade característica das formas mais precarizadas de contratação (PIMENTA; JÚNIOR; PIRES; THIENGO; DE PAULA, 2018; ROSO, 2018). Tal contexto contribui, por fim, para a piora nos determinantes sociais, pela própria exclusão da “*clientela*” (SOUZA, 2020).

Em recente artigo que traz uma reflexão teórica analítica das mudanças nas políticas públicas de saúde mental, percebe-se o ano de 2015 (um ano após a conclusão da pesquisa ViaREDE) o momento a partir do qual são identificados acontecimentos de uma “*maré contra reformista*” (SILVA; SILVA; FILHO; NERY; VILELA, 2020).

Destaca-se a aprovação de “*novas diretrizes para as políticas de saúde mental no Brasil*”, que serviriam de embasamento para a Nota Técnica nº11/2019 (BRASIL, 2019), que trouxe “*a inclusão do hospital psiquiátrico na*

RAPS”, na qual, num bom exemplo de como a cientificidade não é um discurso neutro, critica-se explicitamente a utilização do termo “*rede substitutiva, alegando que nenhum serviço substitui o outro*” (SILVA; SILVA; FILHO; NERY; VILELA, 2020).

Assim, no campo do uso de álcool e drogas, neste nicho mercadológico da saúde mental voltado a acolher os efeitos da desassistência, vimos a ampliação da oferta de serviços vinculados ao modelo asilar, com a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CT), cujos processos de trabalho os autores ressaltam como “*pautadas em modelos hierárquicos de tratamento e saberes sob a ótica da prática da abstinência*” (SILVA; SILVA; FILHO; NERY; VILELA, 2020). Isto é, guiada por valores morais, e não a partir da promoção de protagonismo do usuário e corresponsabilização sobre o próprio tratamento, como pressupõe a ótica do modelo psicossocial.

Um outro elemento externo que estas mudanças trouxeram sob o guarda-chuva conceitual da RAPS é o da “*criação de ambulatórios especializados para quadros menos graves*”, contrapondo-se ao foco na atuação comunitária e na possibilidade de acompanhamento longitudinal no território. Na portaria nº3.588 (BRASIL, 2017), “*construída exclusivamente com um determinado segmento da corporação médica*” e sem envolver “*os(as) próprios(as) usuários(as) e suas entidades organizadas*”, serviços como Unidades Ambulatoriais Especializadas e o Hospital-Dia recebem um lugar de centralidade na RAPS (SILVA; SILVA; FILHO; NERY; VILELA, 2020).

Para o escopo deste trabalho, importaria dizer como que, nesta *ambulatorização* da assistência psicossocial, também pressupõem-se composições de equipe que remetem ao modelo asilar, com a demanda pela prescrição vertical de procedimentos voltados à contenção de sintomas, sem acompanhamento longitudinal após a eventual alta destes serviços; trabalho o qual os núcleos profissionais da medicina e da enfermagem têm sido e serão cada vez mais demandados a construir e manter.

Se até então o modelo psicossocial trazia o desafio para a Enfermagem o de “*abrir mão de suas verdades*” (MUNIZ, ABRAHÃO, TAVARES, 2016, p. 395), vimos como hoje é necessário produzir conhecimento a partir destas experiências de cuidado. A própria noção de cuidado em saúde mental,

quando consideramos os determinantes sociais de saúde, pode deixar de ser compreendida apenas pela sua dimensão assistencial.

Historicamente, para a Enfermagem, o conceito de cuidado têm sido estudado na literatura a partir do problema da “*crise de legitimidade*” enfrentada pelas práticas de saúde: de um lado, a demanda pelo cuidado “*não deixa dúvida o interesse legítimo no espaço da assistência*”; de outro, temos uma “*esterilidade mecanicamente vivida e repetida*”, sugerindo que “*as bases dessa legitimidade*” são frágeis e “*não estão assentadas em bases reconhecidas e aceitas pelos participantes da situação*” (AYRES, 2004). No limite, tal crise se estende a todos agentes envolvidos: “*é como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis*”; no entanto, “*nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente*” (AYRES, 2004).

Esta condição ambígua de tecnologias de cuidado, que podem ser reconhecidas pela sua eficácia mas sem chegar a se fazer disponíveis, nos leva a buscar por pesquisas sobre os diferentes papéis demandados por parte de profissionais de saúde. Franco (2015) contribui para esta discussão, falando sobre o “*processo de subjetivação no processo de trabalho e cuidado*”, utilizando como categorias analíticas a liberdade e a servidão, para dar conta da “*variação definida pela luta entre as forças em jogo*”, na qual “*diferentes graus de liberdade se impõem no processo de trabalho*”.

Este embate, segundo o autor, situaria profissionais da saúde num enfrentamento entre suas potencialidades de atuação criativa e as constantes limitações colocadas pelo que o autor chama de “*campos de captura da subjetividade - as de mercado, as morais e as do saber científico*” (FRANCO, 2015).

No caso da saúde mental, como vimos aqui nesta seção e também ao longo dos relatos da pesquisa ViaREDE, estes *campos de captura* poderiam ser comentados em sua relação intrínseca. O modelo asilar necessariamente atende a certas demandas de mercado, pela sua proximidade com o complexo médico-industrial e sua centralidade numa versão específica da produção de conhecimento científico. Falamos aqui das tentativas de embasar cientificamente ideologias condizentes e, de certo modo, coniventes com a

mesma sociedade que produz os determinantes sociais do sofrimento psíquico.

É assim que, num posicionamento ético-político, devemos interpretar os interesses de pesquisa surgidos no campo da saúde mental.

Assim, numa situação em que diferentes tecnologias conhecidas e amplamente validadas correm o risco de não chegar à prática, parece evidente como que os desafios acima representam, atualmente, aos profissionais da saúde mental, uma demanda à reinvenção em seus papéis que vai além de habilidades e competências assistenciais ou gerenciais.

Para além da atualização teórica, é demandada uma reinvenção de estratégias para lidar com o seu próprio sofrimento, como o sofrimento moral de possuir o conhecimento científico atualizado sobre as ofertas em saúde, mas não ter como dispôr delas em seus espaços de trabalho, por mais criativos que sejam. Em um estudo recente sobre a “*contradição existente*” entre “*ações e convicções*” de profissionais de enfermagem em um CAPS e o sofrimento moral, foram trazidos como benéficos, pelos profissionais, recursos como o “*diálogo e o compartilhamento das angústias com a equipe*”. As autoras apontam haver uma escassez de “*estudos que avaliam esse sofrimento em serviços como o da saúde mental*” (DE OLIVEIRA; DE OLIVEIRA; CARDOSO; ARAGÃO; BITTENCOURT, 2020).

Em resposta a isso, surge a demanda pela reinvenção de estratégias de negociação, internamente ao campo técnico-científico da saúde mental, que trata de pensar criticamente sobre as verdades estabelecidas, e sobre quais critérios de validação temos aprendido a adotar até então. Este aspecto parece remeter a uma postura algo preventiva em relação ao sofrimento moral, por dizer respeito à possibilidade de disputar, através das convicções, quais ações caberiam a profissionais da enfermagem, diminuindo assim as contradições colocadas por contextos políticos e culturais.

Para alguns autores, o pulo conceitual envolvido para o perfil da Enfermagem em saúde mental seria, nesse caso, o *posicionamento ético-político* mencionado na pesquisa ViaREDE, quando este núcleo se permite estranhar o discurso biomédico, visto o modo como “*a psiquiatria coloniza linguisticamente e institucionalmente*” este campo, o que costuma ter como consequência direta encararmos a saúde mental estritamente “*como um*

fenômeno médico” (ADAM e JUERGENSEN, 2019).

Reforçando a justificativa sobre a necessidade de exercermos um saudável estranhamento diante dos usos ideológicos do discurso biomédico, Smith (2019) nos chama atenção também para a existência de lacunas na historiografia da Enfermagem, isto é, no modo como temos aprendido a escrever a história deste núcleo profissional.

A autora nos ajuda a colocar em questão como pudemos construir a narrativa histórica de uma Enfermagem que teria sido pautada unicamente entre o voluntariado, o rigor científico e a caridade compassiva, como suposta vítima de um poder-saber biomédico, que estaria sendo imposto externamente:

Quando estudos históricos da Enfermagem descrevem o papel central e de liderança perpetrado por profissionais no passado, nos demonstram com isso que a Enfermagem nunca esteve por fora do sistema [*biomédico*], mas que, de fato, sempre ajudou a construir o sistema tal como hoje o conhecemos. Seguindo um raciocínio lógico [...], isso implicaria em reconhecermos que a Enfermagem de fato se envolveu ativamente em valores que vimos embutidos nos sistemas de saúde contemporâneos, tais como a iniquidade, o racismo e a busca pelo lucro (SMITH, 2019; grifos meus).

Conforme esta percepção, os modelos de cuidado que usam do discurso biomédico para ganhar legitimidade aqui devem ser entendidos não como algo privativo do núcleo da medicina, mas como disparadores de processos de subjetivação, pois assim é que profissionais de outros núcleos, como a Enfermagem ou a Psicologia, por exemplo, também o puderam tomar para si ao longo da história.

Assim como preconizamos no modelo psicossocial, não há como tratar de algum fenômeno problemático se este não estiver sendo reconhecido; sendo importante não mascarar todos os sintomas, para que possamos dar a eles algum significado e tirar daí fatores de proteção que diminuam ou impeçam o impacto de futuras crises.

Os relatos analisados neste trabalho apontaram para diferentes escolhas à disposição da Enfermagem, na adaptação a um modelo de cuidado que visa

superar uma história da qual a enfermagem também fez parte.

Vimos que podemos tanto aderir e fortalecer este discurso quanto ajudar em sua desconstrução, e que a capacidade de visualizar e compreender estas opções e suas consequências demanda o desenvolvimento de habilidades e competências que vão além do aspecto assistencial; que colocam à Enfermagem a necessidade de praticar um pensamento crítico não apenas em suas práticas de cuidado, mas também sobre como elas incidem diante dos determinantes sociais.

Diante das mudanças político-ideológicas no campo da saúde mental, vimos como tais habilidades e competências podem fazer diferença na disputa cotidiana dos papéis para os quais a Enfermagem pode ser demandada, muitas delas características de sua atuação no modelo asilar. Além de um problema sobre inserção no mercado profissional, esta é uma questão relevante sobre o futuro da categoria, e na possibilidade de garantir o seu posicionamento ético-político nos espaços de atuação.

O perfil de uma enfermagem crítica diante destas armadilhas conceituais e destas limitações é certamente valorizado nos relatos de trabalhadores(as) e gestores(as) participantes da pesquisa Via-REDE.

Nesse recorte temporal privilegiado que a ViaREDE permite observar, são relatadas experiências de composição em equipe multidisciplinar como importantes exemplos de superação do modelo asilar e manicomial e de reformulação no campo da saúde mental.

Penso que pudemos reunir, aqui, relatos e discussões em torno de uma Enfermagem implicada não apenas na descrição e compreensão dos determinantes sociais da saúde mental, mas na busca por fazer frente aos mesmos. No entanto, há um risco na tentativa de oferecer soluções, para o qual não podemos deixar de atentar.

Para utilizar as categorias de análise adotadas aqui, tomar conhecimento dos desafios apontado neste tema é uma tarefa que certamente pertence ao campo do Ideal, não cabendo apenas nas estratégias individuais ou adotadas pela equipe de um serviço em isolado. Enquanto esforço de pesquisa acadêmica, por sua vez, o tema levanta debates que não cabem no escopo de um Trabalho de Conclusão de Curso, sugerindo a continuidade de

estudos.

A atual pandemia global provocada pelo vírus Sars-Cov-2 não nos deixa dúvidas sobre a necessidade de olhar para além da saúde: não só não podemos afirmar que se trata de um acontecimento que costuma surgir a cada centena de anos, por não sabemos “*o que o resto do século nos reserva*”, como também “*a calamidade global [do novo coronavírus] não é uma crise de saúde global, é uma crise sobre a vida [do ser humano] em si mesma*” (HORTON, 2020, grifos meus).

Da mesma forma, como já vimos, a indiferença e os processos de exclusão das pessoas com sofrimento psíquico são condizentes com certos modos de organização da vida em sociedade. Dentre estes, aqueles relacionados ao acesso a direitos básicos e a formas de convívio sustentável, visto o modo como nossas formas de organização social produzem diversos quadros de sofrimento psíquico, em uma sociedade civilizada sob o marco da desregulação ambiental, de políticas globais econômicas predatórias, distantes de planejamentos de seu impacto a médio e longo prazo, indiferente aos efeitos da crescente desigualdade econômica e social (CRATSLEY; MACKAY, 2018; JAKOVLJEVIC; BJEDOV; JAKSIC; JAKOVLJEVIC, 2020; SARACENO, 2019).

Neste momento em que muitos núcleos profissionais da saúde reivindicam a justa valorização de sua força de trabalho, é importante pensar que não caberá aos(as) trabalhadores(as) de saúde a elaboração de estratégias que incidam e pretendam fazer diferença frente a todos estes determinantes.

Como apontam as diversas experiências exitosas de promoção de saúde no modelo psicossocial, o cuidado é um fenômeno multifatorial que não depende unicamente da atuação de um núcleo ou intervenção de forma isolada. Enquanto núcleo atuante na área da saúde mental, parte do papel da Enfermagem o reconhecimento dos limites de sua atuação, e quais sintomas não podemos prometer controlar, mesmo que, para isso, seja fundamental abdicar de pretensos espaços de poder ou reconhecimento.

REFERÊNCIAS

- ADAM, Simon; JUERGENSEN, Linda. **Toward critical thinking as a virtue: The case of mental health nursing education**. In.: Nurse Education in Practice. v.38 Jul 2019, p.138-144. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595318305432?casa_token=3BNPRYqnT8EAAAAA:mM_ERlrRCZ3lvRC4hl_w0pVDTRqdYclMqwg_k7ppmSsLmcTtgRRNIC78dhdI0JHhUR1IzfU-hys Acesso em 10 Outubro 2020.
- ALBUQUERQUE, Luciana C; FELISBERTO, Eronildo; COSTA, Juliana MBS e HARTZ, Zulmira. **Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290112, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290112> Acesso em 10 set 2020.
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico**. Porto Alegre: Artmed. 2014.
- ALVES, Marcelo M. **Entre a cultura do controle e o controle cultural: um estudo sobre práticas tóxicas na cidade de Porto Alegre**. Tese de Mestrado apresentada para o Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.
- AMARANTE, Aline L; LEPRE, Alessandra S; GOMES, João LD; PEREIRA, Audrey V e DUTRA, Virgínia FD. **As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família**. In.: Texto & contexto Enfermagem. v.20(1); 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 08/11/2019.
- AYRES, José RCM. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. In.: Saúde e sociedade. 2004 Dec;13(3):16-29. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_arttext Acesso em 18 Out 2020.
- BARBOSA Valquiria F; LIMA Cleomarcos G; SIMÕES, July PS, PEDROZA, Robervam M; DE MELLO, Marcelle G. **Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental**. In.: Extensio: Revista Eletrônica de Extensão. v.14(26).p.119-32. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n26p119> Acesso em 15 Set 2020.
- BASTOS, Francisco e BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack**. Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsodeCrack.pdf> Acesso em: 10 Ago 2020.

BECKER, Anne E; KLEINMAN, Arthur. **Mental health and the global agenda.** In.: The New England Journal of Medicine, 369;1. 2013. Disponível em: <https://sci-hub.tf/10.1056/nejmra1110827> Acesso em 10 outubro 2020.

BERTUSSI, Débora C; SUNDFELD, Ana C; FEUERWERKER, Laura CM. **Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios.** In.: MEHRY et al (Orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016 (p.380-390).

BEYER, Anna C. **Mental Health and International Relations: Why We Need to Look at Mental Health as a Security Issue.** In.: International Political Psychology 2017.pp.105-128. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-37779-1_6 Acesso em: 15 Out 2020.

BORGES, Cleber AS; VASCONCELOS, Cláudia R; OSELAME, Gleidson B; DUTRA, Denecir A. **O novo perfil profissional do enfermeiro frente ao centro de atenção psicossocial.** In.: Rev Med Saude Brasilia. Vol.5, ed.2. 2016. p.217-233. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsb>. Acesso em: 29/01/2020.

BHUGRA et al. **The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry.** In.: Lancet Psychiatry, v.4, p.775-818. 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30333-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30333-4/fulltext) Acesso em 18 Out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

_____. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2003. In.: Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf Acesso em: 18 Fev 2020.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. **Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário

Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, de 26 de dez. 2011. Seção 1, p.230-32.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT/SUS nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 22 dez. 2017. Seção 1, p. 239. Disponível em:
http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx Acesso em: 20 Out 2020.

_____. **Portaria Nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília (DF), 2017.
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 22 Out 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica nº 11/2019: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** 2019. Disponível em:
<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em 10 Out 2020.

CAPONI, Sandra; DARÉ, Patricia K. **Neoliberalismo e sofrimento psíquico: A psiquiatrização dos padecimentos no âmbito laboral e escolar.** In.: Mediações - Revista de Ciências Sociais. v.25(2). 2020. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/39721/pdf> Acesso em 15 Out 2020.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06.** 7ª ed. São Paulo : Saraiva, 2014.

CHOENAROM, Chanokruthai; WILLIAMS, Reg A; HAGERTY, Bonnie M. **The Role of Sense of Belonging and Social Support on Stress and Depression in Individuals With Depression.** In.: Archives of Psychiatric Nursing, v.19(1). 2005.p.18-29. Disponível em:
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941704002274?casa_token=peMC8mysOqEAAAAA:IlbShxlHyF8bHQTRJxz_Kab7ThDGxNKPlb0tsx4xwuQV6_yWM5OLcAZalhGfnjLt_G7xBjOTH0e2 Acesso em 10 Out 2020.

CIRELLI, Melissa A; LACERDA, Marianna S; LOPES, Camila T; LOPES, Juliana L; DE BARROS, Alba LBL. **Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure.** In.: Archives in Psychiatric Nursing. v.32(2) 2018. p.235-241. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.008> Acesso em 11 Out 2020.

CRATSLEY, Kelso; MACKEY, Tim K. **Health policy brief: Global mental health and the United Nations' sustainable development goals**. In.: Families, Systems, & Health. v.36(2),p.225-229.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/fsh0000329> Acesso em 15 Out 2020.

DA COSTA, Cristofer B; LIMBERGER, Jéssica; FRANTZ, Mariana F; DONELLI, Tagma MSD; MOSAMANN, Clarisse P; ANDRETTA, Ilana; DE CASTRO, Elisa K. **Processos de saúde-doença: diálogos entre as teorias psicanalítica, cognitivo-comportamental e sistêmica**. In.: Revista da SPAGESP. v.21(2), jul/dez 2020. Disponível em: http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200009 Acesso em: 10 Out 2020

DA SILVA, Teresa C e KIRSCHBAUM, Débora IR. **A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: Uma abordagem histórico-crítica**. In.: SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) vol.6 no.spe. Ribeirão Preto, nov. 2010. Disponível em: http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000300004. Acesso em 08/11/2019.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2018.

DELGADO, Pedro G. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. In.: Trabalho, Educação e Saúde. V.17(2). Rio de Janeiro 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212> Acesso em 10 Outubro 2020.

DE OLIVEIRA, Carolina A; DE OLIVEIRA, Diúlia CP; CARDOSO, Elessandra M; ARAGÃO, Evelyn S; BITTENCOURT, Marina N. **Sofrimento moral de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial**. In.: Ciência e Saúde Coletiva, v.25(1). 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n1/191-198/> Acesso em: 15 Out 2020.

DE OLIVEIRA, Francisca B e SILVA, Antonia O. **Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade**. In.: R. Bras. Enferm., Brasília, v. 53, n. 4. 2000 (p.584-592). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n4/v53n4a13.pdf>. Acesso em: 08/11/2019.

DE OLIVEIRA, Walter F. **Eletroconvulsoterapia (ECT) / eletrochoque: a produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência**. In.: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v.11(28),p.46-68. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69772/41712> Acesso em 28 Out 2020.

ROSO, Elsa F. **A participação política de trabalhadores da saúde no contexto da contrarreforma do estado**. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social ao

Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/187419/001080150.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 13 out 2020.

FABIANO, Fabian; HASLAM, Nick. **Diagnostic inflation in the DSM: A meta-analysis of changes in the stringency of psychiatric diagnosis from DSM-III to DSM-5.** In.: Clinical Psychology Review. v.80, Aug 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735820300775?casa_token=TfE_qoTDt78AAAAA:qHqRBXXI8_f10Yb4AMw_MUwnUX96ua47M2q2GWGNpdcsBki-PetfN3hKG7Mt6pkRDNQvmHvJyvk Acesso em 15 Outubro 2020.

FERNANDES, Raquel T; TAVARES, Cláudia M; POLAKIEWICZ, Rafael R; MUNIZ, Marcela P; FERREIRA, Rejane E. **Afetos expressos por acadêmicos de enfermagem na iminência de cuidar do portador de sofrimento psíquico.** In.: Revista Saúde Coletiva (Barueri). 2019(49). p.1559-63. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/125> Acesso em 15 Outubro 2020

FERREIRA, Jaqueline e BRANDÃO, Elaine R. **Desafios da formação antropológica de profissionais de Saúde: uma experiência de ensino na pós-graduação em Saúde Coletiva.** In.: Interface (Botucatu) vol.23 Botucatu 2019 Epub Feb 25, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100505. Acesso em: 08/11/2019.

FILHO, Iel MM; NASCIMENTO, Maria SSP; DOS SANTOS, Osmar P; FÉLIS, Keilla C.; DOS SANTOS, Thaynara N. **Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial - revisão de literatura.** Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/249/115> Acesso em: 08/11/2019.

FILIPPON, Paula G. **Pagando o comunitário: uma cartografia sobre jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto por envolvimento no comércio de drogas.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171428/001056191.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 10 Set 2020.

FORTES, Fabíola LS; PERES, Maria AA; SANTOS, Tânia CF; MARTINS, Gizele CS; MONTENEGRO, Hercília RA; FILHO, Antônio José. **Enfermeiro em saúde mental: concepções sobre qualificação profissional em um Centro de Atenção Psicossocial.** In.: Revista Rene, vol.18(6). 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/31086>. Acesso em: 29/01/2020.

FRANCO, Túlio B. **Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade.** Saúde e Sociedade. 2015;24:102-14.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24suppl1/102-114/> Acesso em 18 Out 2020

FRANCO, Túlio B; MEHRY, Emerson E. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. In.: *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. v.6(2) 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120> Acesso em 10 Out 2020.

GARCIA, Ana Paula RF; FREITAS, Maria Isabel P; LAMAS, José Luiz T; TOLEDO, Vanessa P. **Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura**. *Revista Brasileira de enfermagem*. 2017 Feb;70(1):220-30. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100220&script=sci_arttext Acesso em 10 Outubro 2020.

GILROY-WARE, Marcus. **Filling the void: emotion, capitalism and social media**. London : Duncan Baird Publishers. 2017.
JÚNIOR, Eugenio FP; DAVID, Helena MSL. **Trabalho de enfermagem e precarização: uma revisão integrativa**. In.: *Enferm. Foco* 2018; 9 (4): 71-76. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Trabalho-De-Enfermagem-e-Precariza%C3%A7%C3%A3o-Uma-Revis%C3%A3o-Integrativa.pdf>. Acesso em: 29/11/2019.

GUIMARÃES, Juarez R e DOS SANTOS, Ronaldo T. **Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS**. In.: *Saúde em Debate* 43 (2020): 219-233. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/219-233/pt/> e Acessado em 11 set 2020.

GUSMÃO, Ricardo O; ROCHA, Suelen F; URCINO, Andréia TA; SOUZA, Bruna SR; XAVIER, Mariza D; LADEIA, Letícia FA; JUNIOR, Renê FS. **Violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura**. In.: *Saúde e Pesquisa*. 2018 Nov 13;11(3):603-12. Disponível em: <https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/6516/3300> Acesso em 10 Outubro 2020.

HORTON, Richard. **Offline: A global health crisis? No, something far worse**. In.: *Lancet* (London, England) 395.10234 (2020): 1410. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7252047/> Acessado em 12 set 2020.

JAKOVLJEVIC, Miro; BJEDOV, Sarah; JAKSIC, Nenad; JAKOVLJEVIC, Ivan. **COVID-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security**. In.: *Psychiatria Danubina* [online]. v.32(1) 2020. Disponível em: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=344104 Acesso em 15 Out 2020.

KANTORSKI, Luciane P; HYPOLITO, Alvaro M; WILLRICH, Janaína Q; MEIRELLES, Maria CP. **A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à**

luz do modo psicossocial. In.: Rev. Min. Enferm.;14(3): 399-407, jul./set., 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/132>. Acesso em: 08/11/2019.

LASNEAU, Larissa PP; MOTTA, Aline B; CAMARGO, Marianna CG; WERNECK, Vitória de O.; BERNARDINO, Adriana V. **Os modos de subjetivação na hipermodernidade, a cultura do individualismo, os impactos na família e a produção de sofrimento psíquico.** In.: Revista Mosaico, v.10(2). 2019. Disponível em: <http://www.editora.universidadedevasouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1960> Acesso em 18 Out 2020.

LI, Ming; YAO; Xiaoxiao; SUN, Lihua; ZHAO, Lihong; XU, Wenbo; ZHAO, Haisheng; ZHAO, Fangyi; ZOU, Xiaohan; CHENG, Zigian; LI, Bingjin; YANG, Wei; CUI, Ranji. **Effects of Electroconvulsive Therapy on Depression and Its Potential Mechanism.** In.: Frontiers in Psychology [online]. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7044268/> Acesso em: 20 Out 2020.

MA, Ying; SIU, Angela; TSE, Wai S. **The Role of High Parental Expectations in Adolescents' Academic Performance and Depression in Hong Kong.** In.: Journal of Family Issues. 2018. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0192513X18755194?casa_token=XsOo1sbgZ4gAAAAA%3AEZ9o7q8geR_72nhFrZnoROzPaZTD3GVjM1ocmZrlAqn5JF0x8otb7dO6N6egHK3D6gCJ2BGoz_EW Acesso em: 15 Out 2020.

MALHI, Gin S; BELL, Erica; BOYCE, Philip; BRYANT, Richard A; BASSET, Darryl; HOYWOOD, Malcolm; LYNDON, Bill; MULDER, Roger; SINGH, Ajeet; PORTER, Richard J. **Channelling response: A novel perspective and therapeutic paradigm.** In.: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, v.54(8).p.775-779. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0004867420945363?casa_token=CTXpT3aXbkEAAAAA:7RlvcIESYcH4_zpfIOM9w1kumIH29r5iVGZL7ND24lj2z73wokKVq3aa7tSK_42xul9NkEZFgVfb Acesso em: 20 Out 2020.

MAO, Yu; XIAO, Hong; DING, Cody; QIU, Jiang. **The role of attention in the relationship between early life stress and depression.** In.: Scientific Reports. v.10. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-63351-7> Acesso em 12 Out 2020.

MARQUIS, Bessie L e HUSTON, Carol J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed editora; 2015.

MARTINS, Álissan K.M.; SOARES, Flaviana D.S.; DE OLIVEIRA, Francisca B.; ALVES E SOUZA, Ângela M. **Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas de saúde mental.** In.: Rev. SANARE, v.10, n.1, p.28-34, Sobral: jan./jun. 2011. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140>. Acesso em: 08/11/2019.

MATTHEWS, David. **Capitalism and Mental Health**. In.: Monthly Review. v.70(8).p.49-62. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/David_Matthews30/publication/330088399_Capitalism_and_Mental_Health/links/5c543e42299bf12be3f300d9/Capitalism-and-Mental-Health.pdf Acesso em: 15 Out 2020.

MIURA; Hideki; OZAKI, Norio; SAWADA, Makoto; ISOBE, Kenichi; OHTA, Tatsuro; NAGATSU. **A link between stress and depression: Shifts in the balance between the kynurenine and serotonin pathways of tryptophan metabolism and the etiology and pathophysiology of depression**. In: The International Journal on the Biology of Stress. v.11(3). 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10253890701754068> Acesso em: 15 Out 2020.

MOCHCOVITCH, MD *et al.* **Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia**. In: Projeto Diretrizes. Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira. Brasília : AMB/CFM, 2013. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/category/psiquiatria/> Acesso em: 10 Out 2020.

MORAES FILHO, Iel M; NASCIMENTO, Maria SSPN; SANTOS, Osmar P; FÉLIS, Keila C; SANTOS, Thaynara N. **Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial: revisão de literatura**. In.: Revista de Divulgação Científica Sena Aires. v.4(2):155-69. 2015. Disponível em: <http://www.revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/249/115>. Acesso em: 29/06/2020.

MARTINS, Gizele CS; PERES, Maria AA; SANTOS, Tânia CF; QUEIRÓS, Paulo JP; PAIVA, Carolina F; FILHO, Antonio JA. **Ensino de graduação em enfermagem em saúde mental como aliado à consolidação do movimento de Reforma Psiquiátrica**. In.: Escola Anna Nery v.22(4). 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400220&lng=pt&tlng=pt Acesso em 22 out 2020.

MAYER, Rose T. **A contribuição do Centro de Referência em Redução de Danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. In: Outras Palavras Sobre o Cuidado de Pessoas que Usam Drogas. Loiva de Boni Santos (Org.) Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. (pag.87-98).

MEHRY, Emerson e FEUERWERKER, Laura CM. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In.: MEHRY et al (Orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016 (p.59-72).

MENEZES, Ana VCR e MOURA, Ana S. **Saúde mental: ações de cuidado da enfermagem. Trabalho apresentado no 6º Congresso Brasileiro de Saúde Mental (ABRASME).** Brasília, DF. Disponível em: https://www.congresso2018.abrasme.org.br/resources/anais/8/1522327625_ARQUIVO_TemplateparaAnaiseletronicosdeRodadeConversa-SAUDEMENTAL-ACOESDECUIDADODAENFERMAGEM.pdf Acesso em 10 Outubro 2020

MELO, Márcia B; BARBOSA, Maria A; SOUZA, Paula R. **Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa.** In.: Revista Latinoamericana de Enfermagem. v.19(4), jul-ago 2011. Disponível em http://astresmetodologias.com/material/Modelo_RIL.pdf Acesso em 10 Outubro 2020.

MIRANDA, BB; SILVA, SHI; DA SILVA, ACS; DA SILVA, PC; BRAZ, MR. **Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial: desafio para uma assistência de maior abrangência.** In.: Cadernos UniFOA Edição Especial - VI Colóquio Técnico-Científico do UniFOA. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1839>. Acesso em: 29/01/2020.

MOLINA-MULLA, Jesús; PETER, Elisabeth; GALLO-ESTRADA, Julia; PERELLÓ-CAMPANER, Catalina. **Instrumentalisation of the health system: An examination of the impact on nursing practice and patient autonomy.** In.: Nursing Inquiry, v.25(1). Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nin.12201?casa_token=5t0rz48B14kAAAAA%3ANUPG6DroKNG6FW4oQUVaoBbORWxkEwPQ1pygbQCU0LcHtzGd4P3SRbMMPLAEi8xbXDrv-MN5zdbOTEQ Acesso em 15 Outubro 2020.

MUNIZ, Marcela P, ABRAHÃO, Ana L, TAVARES, Cláudia M. **O pintor tagarela: um encontro da enfermagem com a saúde mental.** In.: MEHRY et al (Orgs) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde - surpreendendo o instituído nas redes (p.394-397). Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

_____. **O controle da Sereia: trabalho e geração de renda em Saúde Mental.** In.: Revista Pró-UniverSUS. 2017. v.8(2), p.52-57. Disponível em: <http://www.e0ditora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1144> Acesso em: 15 Out 2020

ONOCKO-CAMPOS; Rosana T. **Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios.** In.: Cadernos de Saúde Pública. V.35(11). Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156119> Acesso em: 10 Outubro 2020.

OPEN GREY. **Guidance on the use of electroconvulsive therapy.** National Institute for Clinical Excellence (United Kingdom) (Autor). ISBN: 1842572822.

Disponível em: www.opengrey.eu/item/display/10068/613132 Acesso em: 22 Out 2020.

PATARE, Soumitra; BRAZINOVA, Alexandra; LEVAV, Itzhak. **Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health.** In.: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. v.27 p.463-467. 2018. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BE95706056E9164C611A2523A3DB3191/S2045796018000100a.pdf/care_gap_a_comprehensive_measure_to_quantify_unmet_needs_in_mental_health.pdf Acesso em: 15 Out 2020.

PEREIRA, Maria O; REINALDO, Amanda MS; VILLA, Eliana A; GONÇALVES, Alda M. **Superando os desafios para oferecer formação de qualidade em enfermagem psiquiátrica.** In.: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.73(1). Brasília, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000100501&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 10 Outubro 2020.

PIMENTA, Gabriela F; JÚNIOR, Eugenio FP; PIRES, Ariane S; GOMES, Helena F; THIENGO, Priscila CS; DE PAULA, Vanessa G. **Influência da precarização no processo de trabalho e na saúde do trabalhador de enfermagem.** In.: *Revista de Enfermagem da UFSM*. v.8(4):758-768. Out/Dez 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30180/pdf> Acesso em 12 out 2020.

PINHO, L.B. et al. **Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack - ViaREDE.** Porto Alegre: UFRGS/CNPq nº41/2010. 2014. Relatório final.

PINTO, Carlos AP. **Análise das representações sociais dos trabalhadores da saúde mental dos centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS Ad) acerca da assistência aos usuários atendidos nestes serviços.** Dissertação de mestrado apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2018.

RABELO, Francisco CE. **Limites do uso metodológico dos princípios de “estranhamento”, “distanciamento” e “reflexividade” na pesquisa sociológica.** Comunicação apresentada no Seminário Temático A constituição de fronteiras nas Ciências Sociais: tensão e extensão do campo metodológico. XXVIII Encontro Anual da Anpocs, 2004. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/papers-28-encontro/st-5/st01-4/3887-frabelo-limites/file>. Acesso em: 08/11/2019.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana; LIRA, Wagner L; COSTA, André M; NAPPO, Solange A. **Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE).** In.: *Psicologia e*

Pesquisa, v.11(1). Jun 2017. Disponível em:

http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000100010
Acesso em 15 Set 2020.

RODRIGUES, Ariana C, YASUI, Silvio. **Oficinas de geração de trabalho e renda na atenção psicossocial: reflexões sobre um equipamento e suas produções de cuidado**. In.: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. 2016 Dec 21;8(20):01-21. Disponível em:
<http://www.stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3935> Acesso em: 15 Outubro 2020

ROLNIK, Suely. **Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura**. In: LINS, Daniel (Org.). Cultura e subjetividade: saberes nômades. 1997. Campinas: Papyrus.

SAFATLE, Vladimir. **Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social**. In.: SAFATLE, Vladimir; JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian (orgs). **Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte : Autêntica Editora, 2018.

SAMPAIO, Juliana; FERREIRA, Thayane PS; OLIVEIRA, Isaac L; SOARES, Ricardo S; GOMES, Luciano B; COELHO, Thatiany M; ALMEIDA, Roberta B. **Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência o cuidado se fragmenta**. In.: MEHRY et al (Orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016 (p.228-233).

SARACENO, Benedetto. **Rethinking global mental health and its priorities**. In.: Cambridge University Press. v.11. 2019. Disponível em:
<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/rethinking-global-mental-health-and-its-priorities/90B78861CCC6CF4510E62F2AF5392018> Acesso em: 15 Out 2020.

SILVA, Thainan A; SILVA, Ananda S; FILHO, Ismar EM; NERY, Adriana A; VILELA, Alba B. **(Re)Visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos**. In.: Rev. Avances en Enfermería, v.38(3). 2020. p.380-386. Disponível em:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/82440/76483>
Acesso em: 10 Out 2020.

SMITH, Kylie M. **Facing history for the future of nursing**. In.: Journal of Clinical Nursing, v.19. 2020. p.1429-1431. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.15065> Acesso em 10 Outubro 2020.

SOARES, Adilson. **O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado**. 2014. 203 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em:

<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312960> Acesso em: 25 Out 2020.

SOUZA, Diego O. **O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19**. In.: Physis Revista de Saúde Coletiva. v.30(03). 2020. Disponível em <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n3/e300313/pt/> Acesso em 24 Out 2020.

SOUZA, Lorena F. **Uma dificuldade no caminho da formação de profissionais para o cuidado de usuários de crack e outras drogas**. In.: SOUZA; SOUZA; SOUZA; ABRAHÃO (Orgs). Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2016.

STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas** (4. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

STEIN, Dan J e REED, Geoffrey M. **Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC**. In.: Brazillian Journal of Psychiatry, v.41(1), 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462019000100003&script=sci_arttext Acesso em 15 Outubro 2020

TAQUETTE, Stella. **Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde**. In.: Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, vol. 2. 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>. Acesso em: 08/11/2019.

TEIXEIRA, Mirna B; RAMÔA, Marise L; ENGSTROM, Elyne; RIBEIRO, José M. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. In.: Ciênc. saúde colet. 22 (5) Maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1455-1466/>. Acesso em 29/11/2019.

VARGAS, Annabelle FM; CAMPOS, Mauro M. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX**. In.: Ciência e Saúde Coletiva. v.24(3). 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1041-1050/> Acesso em: 25 Out 2020.

ANEXO I - PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - VIAREDE



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº. 337/2012

Registro CONEP 16740 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Folha de Rosto – 412247

Processo nº 25000.203777/2011-16

Projeto de Pesquisa: "Avaliação Qualitativa Da Rede De Serviços Em Saúde Mental Para Atendimento A Usuários De Crack". Folha de rosto; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Pesquisador Responsável: Leandro Barbosa de Pinho

Instituição: Prefeitura Municipal de Viamão (Secretaria Municipal de Saúde) (CENTRO ÚNICO)

CEP de origem: UFRRS

Área Temática Especial: A Critério do CEP.

Patrocinador: Recursos próprios do pesquisador.

Sumário geral do protocolo

Introdução: Atualmente, o crack vem sendo um assunto com ampla repercussão social, tamanho os efeitos devastadores causados no indivíduo, na família e no seu círculo de relações. A dependência de crack é uma das mais sérias dentre todos os quadros de consumo problemático de drogas, por causa de seus efeitos quase imediatos. O Brasil vem se sensibilizando para a necessidade de estabelecer diálogos e incentivos para a investigação sobre os fenômenos relacionados à dependência de crack. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no SUS e o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, podem-se destacar o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, tratamento e educação para o uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando-os como um grave problema de saúde pública. Trata-se de um grande desafio à oferta de serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção.

Tendo como referência esse contexto, o projeto prevê uma avaliação qualitativa participativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão. Pretende-se que os resultados da pesquisa contribuam no avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, em especial às demandas relacionadas ao consumo de crack na região investigada. Espera-se também o projeto possa dar subsídios para avaliar e rediscutir os avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental, além de problematizar a cobertura e oferta dos cuidados oferecidos em rede a usuários de crack, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental vigentes no Brasil.

Objetivos: Avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS.

Desenho do estudo: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Será utilizado, como dispositivo metodológico, o círculo hermenêutico-dialético adaptado à realidade da saúde mental por Wetzel, a partir da identificação de grupos de interesse da rede do município.

Métodos: Entrevistas individuais com usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de atendimento psicossocial, somando cerca de quarenta entrevistas em horário e local de preferência do entrevistado. Esse procedimento será seguido de dinâmicas de interação, onde os entrevistados divididos em grupos organizarão materiais a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas, os apresentando em reencontro com os outros agrupamentos com o fim de subsidiar avaliação participativa da Rede de Serviços, procedimento denominado Técnica Grupal [p.37].

Critérios de inclusão/exclusão: a seleção dos entrevistados será feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema. O projeto trabalha com o número de sujeitos de pesquisa indefinido.

Riscos/Benefícios: Os conhecimentos gerados pela pesquisa podem vir a contribuir para a consolidação do debate técnico-político em torno do cuidado prestado pela rede de serviços em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico a ser realizado no município de Viamão / RS.

Apresentação do protocolo

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-ROM do protocolo em tela: Ofício do CEP de origem, Folha de rosto (arquivo "folha de rosto"), Parecer do CEP de origem (arquivos "parecer CEP", "aprovação CEP", "parecer consubstanciado 1º" e "parecer consubstanciado 2º"), Currículo Lattes (arquivo "Currículo Lattes Leandro (Nov2011)", Cronograma de execução da pesquisa (arquivo "Cronograma"), Orçamento financeiro (arquivo "orçamento detalhado e aprovado"), Projeto de pesquisa (arquivo

"projeto CNPq – crack"), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo "TCLE").

Juntamente com as respostas ao Parecer CONEP Nº. 037/2012, os seguintes documentos foram apresentados: Ofício-resposta às solicitações do CONEP; Folha de rosto; Parecer do CEP de origem; Parecer consubstanciado do recurso; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP Nº. 37/2012, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1) "As normas da Resolução CNS 196/96, especialmente as exigências contidas nos itens III.3. "g", "h", "r", "s", "t"; IV.1. "g", "h"; V; V.1; V.3; VI.3. "a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h", não estão contempladas no projeto."

Itens III.3

Resposta: Letra "g": O projeto consta de TCLE, que foi reformulado conforme sugestões. Foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários (Apêndice B). **Análise:** Pendência atendida.

Resposta: Letra "h": O projeto está sendo financiado com recursos do CNPq e do Ministério da Saúde (Edital MCT/CNPq 041/2010). As informações sobre o recurso liberado já foram disponibilizadas junto com a documentação enviada anteriormente para análise (arquivo "Orçamento detalhado e aprovado"). O orçamento "detalhado" corresponde ao valor inicial solicitado quando da submissão da proposta, e o "aprovado" foi o valor aprovado após análise do projeto pelo Comitê Assessor do CNPq. A importância de R\$ 66.000,00 já foi liberada. Com relação aos recursos humanos, a equipe de pesquisadores está descrita detalhadamente no projeto e serão apresentados aos sujeitos quando da coleta de dados em campo.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "r": Não há conflitos de interesses entre os participantes da pesquisa, os participantes do projeto e o patrocinador. Os pesquisadores comprometem-se a evitar quaisquer conflitos de interesse que possam surgir e explicar todos os procedimentos, de maneira exaustiva, aos sujeitos investigados. Quanto ao patrocinador, trata-se de projeto financiado por agência de fomento nacional.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "s": a colaboração do pesquisador estrangeiro está devidamente descrita no item "9" do projeto ("indicação de colaborações ou parcerias já estabelecidas com outros centros de pesquisa na área"). O pesquisador participará apenas da etapa de análise dos dados empíricos, pela experiência em outros projetos de pesquisa desenvolvidos em parceria e pela longa trajetória no campo de análise de discurso de sujeitos que trabalham no campo da saúde. Nesse item, também destacam-se as possíveis contribuições dele à pesquisa e à instituição.

Vale ressaltar que o pesquisador internacional assinou termo de anuência para participar da pesquisa, exigência para ser apreciado junto ao CEP/UFRRGS. Não há financiamento exterior, apenas nacional. **Análise: Pendência atendida.**

Resposta: Letra "f": Os dados serão utilizados apenas para divulgação na comunidade científica e retorno ao município, com os resultados do processo de avaliação. Não haverá identificação dos sujeitos sob qualquer natureza, como destacado no item "considerações éticas".

Análise: Pendência atendida.

Item IV.1

Resposta: Letra "g": Todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto –, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Salienta-se ainda que apenas a equipe de pesquisa conhecerá a identificação dos entrevistados (usuários, familiares, trabalhadores e gestores). Nenhuma informação pessoal será compartilhada com grupos de interesse ou entre os grupos, que poderiam ser potencialmente beneficiários ou vítimas nesse processo.

Análise: Pendência atendida.

Resposta: Letra "h": O projeto prevê que a participação do sujeito seja voluntária, e não haverá ressarcimento ou pagamento de quaisquer despesas envolvidas com a participação do indivíduo, pois as entrevistas serão realizadas preferencialmente no serviço onde trabalham ou são atendidos. O TCLE garante que essa participação é voluntária, mas foi acrescentada nova redação, informando que não haverá pagamento de despesas pela participação na pesquisa. **Análise: Pendência atendida.**

Itens V, V.1 e V.3

Resposta: A pesquisa será realizada com aplicação de entrevistas aos sujeitos. Os riscos previstos são de ordem moral e emocional. Nesse caso, o TCLE foi adaptado com a inclusão da redação "... se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar a situação...".

Análise: Pendência atendida.

Item VI.3, "a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h"

Resposta: Essa exigência está descrita ao longo do campo “aspectos operacionais do processo avaliativo”, disponível no projeto original. Foram realizadas algumas inclusões no texto, descrevendo melhor critérios de exclusão ou inclusão de sujeitos e o delineamento amostral.

A pesquisa descreve quais técnicas serão utilizadas (observação prévia e entrevistas). Foi acrescentado um parágrafo afirmando sobre como será o tratamento dos dados brutos da pesquisa (página 29, antes dos objetivos).

Em outras pesquisas com o uso da mesma metodologia, vem sendo convencional entrevistar, após a etapa de observação, em torno de 10 (dez) usuários e 10 (dez) familiares. Sobre trabalhadores e gestores, estima-se que sejam em torno de 30 pessoas. Isso foi adaptado ao longo da metodologia (página 36), assim como critérios de inclusão de cada grupo de interesse.

Os sujeitos são escolhidos após a etapa da etnografia prévia, quando os pesquisadores fazem a incursão no campo e começam a identificar os potenciais respondentes do processo avaliativo. Por isso, não há como delinear o perfil desses indivíduos e outras características sociais a priori, pois apenas a imersão no campo, com a aplicação da etnografia prévia, mostrará aos pesquisadores a real situação desses respondentes, onde e como vivem.

Os usuários e familiares se enquadram nos grupos vulneráveis, mas no decorrer do projeto os pesquisadores procuraram tomar cuidado para destacar a relevância da pesquisa para investigar a problemática no contexto brasileiro. Também se comprometem com os rigores éticos e a detalhar para os sujeitos todos os passos que incluem sua participação. Lembrando que se trata de um projeto que recebeu financiamento específico de agência federal e do próprio Ministério da Saúde. **Análise: Pendência atendida.**

2) “No TCLE apresentado não consta a possibilidade de haver um representante legal, o que poderá ocorrer, considerando que o sujeito de pesquisa é usuário de crack. Como não existe critério de inclusão/exclusão, não se sabe se deverá haver Termo de Assentimento ou TCLE assinado por representante legal, em face de menoridade (Resolução CNS 196/96, item III.3. “g”).”

Resposta: A pesquisa prevê a utilização de TCLE. Conforme descrito anteriormente, foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários. O referido termo encontra-se no apêndice B.

Análise: Pendência atendida.

3) “O projeto coloca impropriamente que o estudo cumpre os preceitos ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), o que é absolutamente impróprio, pois a norma citada apenas contempla os preceitos de ordem ética que envolvem a pesquisa em seres humanos.”

Resposta: O campo “considerações ético-legais” do projeto foi substituído pelo termo “Considerações Éticas”.

Análise: Pendência atendida.

- 4) "O projeto será todo desenvolvido no município de Viamão, no Rio Grande do Sul, mas o título - "VIAREDE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK" - pode dar a errônea impressão de que o estudo engloba todo o serviço de saúde mental do país."

Resposta: O título do projeto será adaptado para "VIAREDE- Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack". Acrescentaremos essa modificação aos relatórios (Ministério da Saúde, CNPq, CONEP e CEP/UFRGS), justificando que o título foi adaptado por orientação do CONEP. **Análise: Pendência atendida.**

- 5) "Consta do estudo apresentado que a totalidade das informações obtidas será disponibilizada ao grupo, o que fere a garantia do sigilo. Além disso, tal possibilidade não consta no TCLE (Resolução CNS 196/96, item VI.3."9")."

Resposta: Como descrito anteriormente, no item correspondente (item III.3."g"), todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêuticodialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material - e que estão devidamente descritas no projeto -, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados. **Análise: Pendência atendida.**

- 6) "O cronograma do projeto sugere que a pesquisa já foi iniciada"

Resposta: O cronograma foi adaptado para o real início das atividades. Salienta-se que o arquivo previamente enviado continha as informações submetidas ao Edital do CNPq e do MS, no final de 2010. Salienta-se que o projeto iniciará após a aprovação do CONEP, e contamos com a colaboração deste órgão no sentido de não atrasarmos o calendário das atividades.

Análise: Pendência atendida.

- 7) "Não foi apresentado documento dos CAPS ou de eventual patrocinador estrangeiro corroborando os dados do orçamento e o investimento concedido ao projeto."

Resposta: Há anuência da secretaria de saúde do município de Viamão para o desenvolvimento das atividades de pesquisa. A coordenação municipal de saúde mental assinou a folha de rosto do projeto, autorizando a coleta no campo. Além disso, também acrescentamos, ao final do projeto (apêndice F), cópia da autorização, assinada pela Secretária de Saúde do Município de Viamão.

Sobre o investimento estrangeiro, informa-se que não se aplica ao caso.

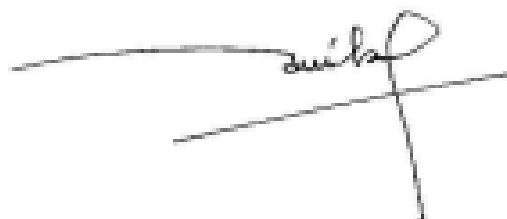
Sobre a necessidade de confirmação do orçamento por parte do município, o investimento recebido pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde não será revertido para consumo pelo município. Trata-se de investimento público gerido pelo grupo de pesquisadores e para consumo da pesquisa. O município manifestou-se favorável a esse quesito, disponível no apêndice F.

Análise: Pendência atendida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 27 de novembro de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anibal', is written over a horizontal line. A vertical line descends from the end of the signature, crossing the horizontal line.

Anibal Gil Lopes
Coordenador Adjunto da CONEP/CNS/MS