



**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA**

**RENATO ANTONIO RIBEIRO SILVA**

**A CONTRIBUIÇÃO DAS VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS NO CAMPO DA  
CLÍNICA AD NA FORMAÇÃO COMO ENFERMEIRO REDIDENTE**

**CAMPINAS-SP**

**2016**



**RENATO ANTONIO RIBEIRO SILVA**

**A CONTRIBUIÇÃO DAS VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS NO CAMPO DA  
CLÍNICA AD NA FORMAÇÃO COMO ENFERMEIRO REDIDENTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, vinculada a Faculdade de Ciências Médicas como condição parcial para o título de especialista em saúde mental e coletiva. Estando sob orientação de Bruno Emerich e Luciana Surjus e coordenação de Rosana T. Onocko-Campos.

**CAMPINAS-SP**

**2016**

# AGRADECIMENTOS

Família

Núcleo de Retaguarda      Oficina de Eventos

Nicole      Milena      Danille

    Patricia      Ana Carolina

Nadya      Usuários do Reviver      Profissionais do Reviver      Renata

    CAPS Ad Reviver      Supervisão

    Residência Multiprofissional      SUS-Campinas

UNICAMP

    Campinas

    Mãe      Usuários

    Lagoa do Taquaral

Ora o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não precisam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber.

(Foucault e Deleuze, 1986, pp. 71).

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	6
2. INTRODUÇÃO.....	12
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRO RESIDENTE .....	21
3.1 A composição do SUS-Campinas e a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas-SP .....	21
3.2 O campo do primeiro ano e da experiência: O Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas III Reviver .....	23
4. OBJETIVO .....	25
5. DISCUSSÕES .....	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41

## 1. APRESENTAÇÃO

Nesse trabalho de finalização de mais uma etapa da minha formação como pessoa-profissional de enfermagem, pretendo, descrever em palavras e escritas as experiências e vivências que tive, e algumas outras que reapareceram após e durante minha inserção como enfermeiro na residência multiprofissional em saúde mental e coletiva da Universidade Estadual de Campinas (2014-2016).

A proposta e o desafio deste trabalho é dizer da experiência em uma outra perspectiva, a qual venho utilizando como ferramenta em minha formação, não sendo aquela conhecida e tratada tradicionalmente por algumas pessoas.

Assim, Bondía (2002), propõe a experiência, “como a abertura aos acontecimentos do cotidiano em que estamos inseridos, possibilitando que de fato algo nos toque ou nos aconteça, e que, em consequência dessa afetação algo nos produziu, deixando marcas, sinais e efeitos do que nos passou, se tornando possível nos transformar. Entretanto, nessa noção de experiência, ela nos obriga a exercer um novo movimento, que é o da interrupção do automatismo do fazer nos convocando a pensar e refletir sobre nossas ações cotidianas” (p.24).

Além disso, em relação aos envolvidos nessa experiência, Bondía (2002), afirma que, “o saber e sujeito da experiência não é aquele definido por suas atividades e obrigações, mas aquele que se apresenta diante do outro com abertura e dando lugar e sentindo para os acontecimentos.” (p.24).

Para auxiliar na descrição dessas “experiências” e vivências que me aconteceram durante a residência, também utilizarei para construção deste trabalho de conclusão as contribuições e reflexões do francês Jean Oury (1991) que estão contidas no texto “*Itinerários de formação*”. A partir da combinação das experiências e dos itinerários de formação foi e vem sendo possível utiliza-las como ferramenta personalizada de grande importância para minha práxis, dando possibilidade de pensar e refletir sobre as escolhas que faço, assim como, minha formação pessoal e profissional no campo da saúde mental e da clínica ad na qual venho me aprofundando.

Segundo o Dicionário de língua portuguesa Michaelis (1998), a palavra *itinerário* vem do latim *itinerariu* e pode ser utilizada em vários sentidos “1. relativo a caminhos. 2. O respectivo percurso. 3. Viajem. 4. Roteiro.” Ainda,

segundo Oury (1991) em relação ao acesso à formação, “ deveríamos respeitar seu caráter de processo, determinado, mas nunca terminável, nunca estamos “formados”, com efeito, mesmo num plano objetivo, existe uma mundança de tal modo rápida das condições materiais e científicas do trabalho em psiquiatria, que é necessário permanecer aberto a esse movimento ” (p.2). Para Oury (1991), é fundamental que possamos conseguir “extrair do campo cotidiano, onde tudo está frequentemente misturado, as coisas mais pregnantes, as coisas essenciais que na maioria das vezes estão no campo da invisibilidade, assim, não aparecem” (p.4).

No contexto de formação da residência na qual estou vinculado, estão inseridos como campo de ensino em serviço os dispositivos de Saúde e Saúde Mental da Rede Municipal de Campinas e do Serviço de Saúde Cândido Ferreira (SSCF), pelo convênio de co-gestão. Dizendo especificamente dos campos e instituições que estive ao longo dos dois anos de residência foram: No primeiro ano, o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas tipo III Reviver; e no segundo ano, o serviço de internação psiquiátrica, nomeado como Núcleo de Retaguarda e a oficina de eventos que compõe o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) do SSCF.

Assim, ao longo desse percurso atuando como trabalhador-enfermeiro e ao mesmo tempo inserido no processo de ensino e formação, algumas inquietações que se iniciaram na graduação em enfermagem reapareceram após a entrada no programa de residência multiprofissional e em um CAPS ad III de Campinas (SP). Inserido em um novo e diferente modelo de formação, composto pelos espaços coletivos de reflexão, os inesquecíveis itinerários de formação e os momentos de supervisão, fizeram com que fosse possível pensar sobre as inevitáveis afetações provocadas, ocasionadas, daquilo que me tocava, e assim, possibilidade de que algo pudesse me acontecer durante esse processo de formação.

De fato, é inegável que no início tinha bastante resistência e dificuldades para fazer o itinerário de formação, pensar no que passou, falar das angústias e incertezas diversas, mas que possibilitava compartilhar em um outro espaço e pessoas que não apenas comigo mesmo. Ao longo da formação na residência e estando em outro espaço de formação, surgiam incertezas, estranhezas, assim, fiquei refletindo em vários momentos desse percurso, o

porque disso? Porque esses espaços de reflexão das práticas e do fazer profissional eram tão desconhecidos?

De fato, esses questionamentos surgiram ainda na graduação em enfermagem, em minha experiência acadêmica eram poucos os espaços de reflexão crítica. As vivências que tive no processo de ensino, as disciplinas davam ênfase nas habilidades e conhecimentos de enfermagem já prontos, já produzidos, disponíveis para serem reproduzidos e aplicável durante a prática. Lembro-me, que ocorria um distanciamento da perspectiva das políticas públicas do SUS e do senso crítico do contexto sócio-político da atenção à saúde das pessoas. Percebia assim, que a tendência era reproduzir o conhecimento de algo que foi produzido, limitando a capacidade de trazer transformações para o fazer profissional e práticas inovadoras e inventivas para o cotidiano de trabalho.

Durante esse período, vários estágios e conteúdos se passaram, mas quase nada acontecia, pouco se experienciava, pois, como afirma, Bondía (2002, p.21):

“E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, com nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece”.

Assim, durante a universidade a teoria e a prática acabavam sempre sendo reproduzidas em diversas disciplinas não havendo reflexões acerca das particularidades de cada campo, como por exemplo na saúde mental, na qual me refiro nesse trabalho.

Na especificidade da saúde mental, durante a graduação, percebia a insuficiência dos conteúdos que eram transmitidos, ou melhor, não se tratava de transmissão, não era experienciado e oportunizado para que algo pudesse nos acontecer.

Como se sabe o cenário de formação para enfermagem é permeado pelo generalismo, com intuito de conhecer as diferentes e possíveis demandas específicas do processo saúde-doença das classes populacionais, uma vez que com o surgimento das diferentes especialidades da medicina e área da saúde, a formação dos profissionais de enfermagem não ficou fora destas exigências (ROCHA, 2011). Em consequência dessas transformações e mudanças, o ensino de enfermagem acabou sendo fragmentado em

disciplinas, com pouco aprofundamento, e, fazendo com que de modo geral a predominância e enfoque do ensino e ações da profissão dos enfermeiros se voltassem para o modelo médico centrado e hospitalar (SOARES, 2010).

Durante esse período da minha formação percebia a superficialidade dos conteúdos de saúde mental, intitulado naquele momento de “enfermagem psiquiátrica”, pautando-se no modelo tradicional e convencional, reduzindo a condição do sujeito em sofrimento psíquico à “doença” e os cuidados de enfermagem pautados em práticas e ações médico centradas. Lembro-me que a carga horária para saúde mental era menor que as demais, sendo priorizadas durante a disciplina, aulas sobre os diagnósticos psiquiátricos, semiologia médica e de enfermagem (Anamnese e exame do estado mental) e psicofarmacologia.

Algo que acredito que tenha me acontecido, me passado e afetado, foi quando tive o conteúdo sobre a “Reforma psiquiátrica brasileira” e seu percurso histórico-político. Nesse momento, me impressionou a proposta transformadora, a substituição e redução progressiva dos leitos e hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos dando ênfase na atenção no território. Entretanto, algo que era muito evidente: teoria e prática descoladas da realidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos dispositivos de saúde mental e campos de estágios existentes no município em que fiz minha graduação.

Hoje, com formação em enfermagem, em formação pela residência multiprofissional, ao longo desses dois anos estive próximo e inserido em equipes de enfermagem e multiprofissional dos serviços nos quais passei, inserido nesses equipamentos (serviço substitutivo AD e internação psiquiátrica). Assim, pude observar semelhanças no processo e organização do trabalho da enfermagem os lugares que tive contato durante a residência, mesmo se tratando de propostas de cuidado ao sofrimento psíquico distintas.

Ao longo desse percurso da residência, como enfermeiro inserido no CAPS ad, percebi alguns efeitos limitadores que a formação em enfermagem pode provocar perante as exigências do campo da saúde mental, e ainda, a tendência e risco que a enfermagem tem de institucionalizar o processo de trabalho dentro dos equipamentos comunitários e o cuidado direcionado com os usuários, sendo que, as novas práticas e ações de cuidado em saúde mental dentro dos dispositivos da reforma psiquiátrica, vem buscando um novo

modelo de tratamento na comunidade e território, seguindo os pressupostos da reabilitação psicossocial.

Pretendo por meio desse relato de experiência dialogar com alguns autores e pesquisadores enfermeiros da área de saúde mental e com outros com produções e discussões sobre a temática da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mas principalmente, trazer minhas reflexões críticas advindas da minha prática profissional como enfermeiro na clínica ad, da formação e a dinâmica de trabalho da enfermagem que pude presenciar no primeiro ano da residência.

Nesse sentido, irei descrever as sensações que pulsaram nos lugares que estive e transitei como enfermeiro residente, as vivências possibilitadas pelo campo da clínica ad, assim como, os encontros potentes e sensíveis com os usuários nos lugares em que passei, que foram, para além da convocação marcada pelo núcleo de formação em enfermagem.

Ainda, levando em consideração o núcleo de formação, irei problematizar campo da saúde mental e da clínica ad como formador para os profissionais de enfermagem inseridos em serviços substitutivos, um vez que, para Amarante (2007), a reforma psiquiátrica não é representada apenas pela substituição e criação de novos serviços, mas também um movimento de mudança radical das práticas dos profissionais desse campo do saber, prática que não é mais composta apenas pela área da psiquiatria, mas que foi ampliada pelas novas diretrizes da Reforma psiquiátrica através do campo da saúde mental e psicossocial.

Durante minha atuação no CAPS Ad algumas contradições quanto ao modo de circular da enfermagem, inclusive quanto ao meu próprio estilo de trabalhar, e ser enfermeiro, me chamavam atenção e me provocavam um turbilhão de questionamentos. No meu cotidiano de trabalho, me via interrogando meu fazer, as condutas e quais os caminhos e trajetos interessantes deveria traçar para que pudesse constituir minha prática no CAPS ad. Assim, pensava e buscava responder algumas questões que surgiam: **Quais os papéis possíveis como enfermeiro na clínica ad? Como se apropriar do núcleo de formação de outro modo e fazer diferente? E o campo da saúde mental na clínica ad, como se aproximar e estar nele?**

Ainda, nesse cenário assistencial, vinha evidenciando que os profissionais de enfermagem precisam superar condutas pautadas apenas nos protocolos e padronizações do processo de trabalho e do cuidado com o sujeitos. Assim, para além do conceito amplo que envolve a “saúde mental”, faz com que seja necessário refletir criticamente a formação e a inserção da enfermagem nos serviços de saúde mental, desnaturalizando e (des) construindo os fazeres e práticas cotidianas de enfermagem. E que podem se tornar automatizados em virtude da formação, ou até mesmo, do próprio processo de trabalho nas instituições que estão atuando.

Assim, as ações em saúde mental da atualidade passaram e vêm passando por transformações, pois, Amarante (2007), afirma que, a saúde mental é um campo ou, também, uma área de conhecimento e atuação profissional que estão envolvidas nas políticas públicas de saúde. Nesse campo de atuação em saúde existe uma particularidade importante, sendo raros em outros campos devido sua tamanha complexidade, pluraridade e saberes tão diversificados. Nessa lógica, o campo da saúde mental é composto por vários conhecimentos e saberes que são exercidos por profissionais de distintos núcleos de formação.

Apartir da minha experiência como residente inserido em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas III de Campinas, elaborei a seguinte pergunta disparadora para construção desse trabalho:

**Quais foram as vivências e experiências no campo da clínica ad que contribuíram para minha formação como enfermeiro?**

## 2. INTRODUÇÃO

A imagem da enfermeira que foi se desenvolvendo socialmente ao longo dos séculos foi sendo influenciada ao mesmo tempo pela sua própria história e pelo surgimento como categoria profissional. De acordo com a literatura, os primeiros relatos e descrições sobre pessoas que exerciam funções relacionadas às práticas de enfermeiras foram encontrados no Velho Testamento Bíblico. A palavra “enfermeira” em sua definição vem do *latim* “*nutrix*” que significa “mãe enfermeira”, sendo desde os primórdios associada a figura de uma mulher que acompanhava crianças, na qual era responsável em satisfazer as necessidades básicas. Com o passar do tempo a definição da palavra “enfermeira” evoluiu até ser relacionada à figura de uma pessoa que cuida de indivíduos doentes ou enfermos (NAUDERER; LIMA, 2005; PADILHA; MANCIA, 2005).

Assim, a Enfermagem surgiu como resposta de algumas pessoas vinculadas a entidades que tinham o desejo de manter as pessoas saudáveis, proporcionar conforto e proteção aos doentes. Para a execução dessa função era exigido que fossem mulheres e que, apresentassem a vontade e habilidades manuais para cuidar dos necessitados. Nesse período, os conhecimentos relativos ao modo de cuidar da saúde das pessoas eram transmitidos de geração para geração (NAUDERER; LIMA, 2005). Conforme a citação acima, as pessoas que executavam atividades e funções destinadas a cuidar do outro, eram responsáveis por garantir o cuidado a partir das necessidades básicas e de sobrevivência das pessoas.

Durante a Idade Média, com o aparecimento da Era cristã, à figura da enfermeira passou a ser associada à religião e ao cristianismo, exercendo seu trabalho em organizações voltadas para a caridade e ao cuidado aos enfermos e não enfermos, como, os loucos, pobres, orfãos, viúvos, idosos, escravos e prisioneiros da época. Nesse período, quanto mais à figura da enfermeira estivesse ligada aos princípios religiosos da igreja, maior e mais rígida era a disciplina e obediência às ordens dos médicos, nesse momento também começaram a surgir as ordens cristãs feitas pelos líderes religiosos. Nessa fase, as mulheres solteiras, as virgens e as viúvas eram as selecionadas e tiveram oportunidade de trabalho (NAUDERER; LIMA, 2005).

Nessa época, além dos cuidados aos doentes serem considerados inatos ao gênero feminino, a caridade era o amor à Deus em ação, propiciando para aqueles que a praticavam o fortalecimento de caráter, a purificação da alma e um lugar garantido no céu. O cuidado dos enfermos, embora não fosse a única forma de caridade prestada, elevou-se a um plano superior, isto é, o que era um trabalho praticado apenas por escravos, se converteu em uma vocação sagrada e passou a ser integrado por homens e mulheres que seguiam o cristianismo (PADILHA; MANCIA, 2005).

No Renascimento, compreendido entre os séculos XIV a XVI, ocorreu uma revolta popular perante a hegemonia da Igreja Católica, desaparecendo gradualmente as ordens cristãs e assim, surgiu a desvalorização do trabalho das mulheres pelas ordens religiosas, esse período é conhecido como os “Anos Negros da Enfermagem”. Assim, as mulheres deveriam voltar e permanecer nos limites de suas casas junto à sua família e se submetendo agora às ordens dos maridos. O papel destinado aos cuidados de doentes passou a ser destinado a mulheres presoneiras e prostitutas que acabavam sendo obrigadas ao trabalho doméstico. Assim, além de ser considerada um cargo doméstico, a enfermagem passou a ser indesejada, devido à longa jornada de trabalho, baixo salário e vista o trabalho como estressante (NAUDERER; LIMA, 2005).

Desse modo, para exercer a função de enfermagem nesse período histórico, não era necessário o domínio do conhecimento médico, bastava a realização dos afazeres domésticos diários com obediência e submissão aos superiores, desenvolvendo as tarefas sem julgamento crítico ou iniciativa. Portanto, algo que se encontra na literatura, é que a submissão e dependência a figura do médico provocou interferências na evolução da profissão, sendo pouco valorizado o saber e a prática desenvolvida na relação e no cuidado dedicado ao próximo (NAUDERER; LIMA, 2005).

No contexto brasileiro, ao contrário do cenário anterior, a Enfermagem apareceu representada pela figura do sexo masculino, sendo eles, os índios, pajés e curandeiros, que se destinavam a cuidar dos que adoeciam meio as tribos existentes. No Brasil, por volta do século XVI, a atuação da Enfermagem tinham base essencialmente prática, em virtude de que eram mínimos os requisitos para o exercício da enfermagem. Essa condição perdurou até o início

do século XX, sendo que, nesse período não era exigido qualquer nível de escolarização para aqueles que exerciam a profissão e a prática era embasada em conhecimentos puramente experimentais e empíricos (NAUDERER; LIMA, 2005).

Como descrito anteriormente, o Hospital surge na Idade Média a princípio como instituição de caridade, mas por meio de um longo processo, o Hospital foi se tornando instituição médica, no início do século XVII, e assim, assumindo funções sociais e políticas na época. Diante dessas transformações, começava a surgir uma nova modalidade de hospitais, definindo um novo “lugar social” para o louco e a loucura, que antes tinham múltiplos significados e lugares (AMARANTE, 2007).

Concomitante a isso, aparece nesse período a ciência que estuda os transtornos mentais, na época denominada de “alienismo”, tendo como representante o francês Philippe Pinel, médico que foi reconhecido como o pai da psiquiatria. Assim, Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, determinou como condição primordial o isolamento dos alienados, juntamente instaurou a primeira terapêutica para essas pessoas, reeducação, respeito as normas, através do tratamento moral. Nessa época, os enfermeiros eram formados pelos médicos alienistas para assumir junto com os guardas a função de transformar a conduta estranha e diferente do paciente psiquiátrico numa atitude de obediência e adaptação à organização asilar, assim vigiavam e regulavam o tempo e o espaço do paciente institucionalizado. (AMARANTE, 2007; ROCHA, 2010).

Em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, considerado marco da Psiquiatria no Brasil. Nesta época, os médicos não tinham influência e a Enfermagem era exercida por leigos de má reputação, sob as ordens das irmãs de caridade. O papel da Enfermagem era manter a organização e ordem asilar através da vigilância, coerção e a disciplinarização, uma vez que todos os hospitais psiquiátricos existentes e que foram criados, seguiam as recomendações de Pinel e Esquirol, Assim, para a “terapêutica” do tratamento moral, isolava-se o doente mental em espaços fechados que foram organizados e estruturados para normatizar e regular a existência e vida dos que habitavam o hospital psiquiátrico (ROCHA, 2010).

Em 1890, surge a primeira escola para formação de enfermeiras no Brasil, denominada de Escola Profissional de Enfermeiras - Alfredo Pinto estando localizada nas dependências do Hospício Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro. Diante dos conflitos entre a equipe médica e as irmãs de caridade, enfermeiras francesas vieram contribuir para capacitação e formação dos profissionais de enfermagem para assistência psiquiátrica às pessoas que habitavam o manicômio. A preparação das enfermeiras brasileiras baseou-se no modelo de ensino francês da Escola de Salpêtrière, sendo que, a organização e chefia era feita pelos médicos psiquiatras do Hospício (BARREIRA, 2005; NAUDERER; LIMA, 2005; REINALDO; PILLON, 2007; ESPERIDÃO; 2013). Desse modo nasce a Enfermagem Psiquiátrica, assim como a primeira escola de Enfermagem dentro do estabelecimento psiquiátrico e asilar. O trabalho da enfermagem era supervisionado pela equipe médica, que utilizava-se recursos informais contidos no processo de trabalho e organizacional das instituições psiquiátricas para preparação dos trabalhadores e alunos de enfermagem (REINALDO; PILLON, 2007).

No Brasil, as primeiras experiências para formação em Enfermagem, tiveram em seu princípio o ensino voltado para ações de prevenção e para os problemas e necessidades básicas que apareciam na população. Entretanto, esse cenário modificou-se com os avanços do ensino e das práticas da medicina. Assim, no começo da década de 70, foi retirada da grade curricular as disciplinas na área de saúde pública, pois já não eram mais obrigatórias no currículo mínimo dos futuros profissionais de enfermagem. Com o modelo econômico e capitalista da época, surgiu a necessidade de aperfeiçoar enfermeiros em técnicas avançadas hospitalares em saúde, pois o coletivo de médicos precisavam de profissionais para trabalharem na atenção curativa. (NAUDERER; LIMA, 2005).

Assim, ao que parece, nesse momento o ensino em enfermagem direciona suas disciplinas prioritariamente para práticas em ambientes hospitalares, para isso o modelo biomédico seria o saber aplicado aos alunos e futuros profissionais de enfermagem, uma vez que, as doenças passavam a ser objeto de intervenção desses profissionais.

Por volta do ano de 1970, o Brasil, passava por vários acontecimentos e transformações políticas e sociais, dentre eles a ditadura militar, e também,

contou com significativo aumento de leitos psiquiátricos em hospitais privados. Nesse momento, vários países intensificaram os questionamentos com relação a existência iatrogênica dos hospitais psiquiátricos (ROCHA, 2010; AMARANTE, 2007). Já no contexto brasileiro, diante da crise do modelo de assistência hospitalocêntrica, os questionamentos foram reunidos em e pelos movimentos sociais, assim, concomitante ao movimento da reforma sanitária, com história própria surgiu o movimento da reforma psiquiátrica brasileira. O início desse processo se deu efetivamente no ano de 1978, pelo coletivo que ficou conhecido como “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental” (MTSM). Através desse movimento, passaram-se a constituir campos de lutas, denunciando à violência aos direitos humanos provocada pela encarceramento manicomial, assim como a crítica a hegemonia do saber médico psiquiátrico e ao modelo assistencial hospitalocêntrico vigente (BRASIL, 2005).

Na década de 80, com a experiência italiana sendo inspiradora no questionamento da psiquiatria e ao manicômio, começam a surgir no Brasil novas propostas e intervenções para reorientação da assistência. Assim, no ano de 1987 começaram a ser realizados os primeiros congressos e conferências de saúde mental, dentre eles, que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano, através de uma intervenção no hospital psiquiátrico de Santos, começa a se pensar em uma nova lógica de cuidado em saúde mental, visando substituir gradualmente a função exercida pelos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, foram criados na cidade de Santos o primeiro dispositivo comunitário, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas (BRASIL, 2005).

Assim, meio a esse movimento de democracia e luta, no ano de 1989 é apresentada publicamente no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a desconstrução progressiva dos manicômios no país, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental vigente. Sendo conhecido esse período, como o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

Entretanto, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A

aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005; BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica, assim como as ações dos profissionais de enfermagem meio a esse processo, devem buscar a consolidação de uma rede de assistência focada em princípios e práticas psicossociais e apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando novos espaços que possibilitam a integração do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos (YASUI, 2003; BRASIL, 2005).

Desse modo, o princípio das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira é extinguir os hospitais psiquiátricos aos poucos, sem causar desassistência e também construir um novo lugar social para a loucura e para o sujeito que a experiência. Considera-se que não se deve enclausurar a loucura, mas conviver com a diferença que ela traz. Esse novo cenário assistencial em saúde mental busca um novo modelo de cuidado, não mais médico psiquiátrico, mas um modelo de cuidado em saúde mental e psicossocial. Essa transformação na política de saúde mental trouxe novas orientações, tais como: o trabalho interdisciplinar; ações em saúde integrais; acolhimento e escuta do sofrimento psíquico; o tratamento feito através de projetos terapêuticos singulares; a reabilitação psicossocial e inclusão social; e a construção de ações compartilhadas com a comunidade (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2003),.

Nesse cenário, as práticas voltadas para Atenção Psicossocial podem ser entendidas como um paradigma transformador e norteador da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (YASUI, 2009)

“E no cotidiano que a Atenção Psicossocial inventa permanentemente as suas ações, que se produzem os

encontros com o drama do existir, que se constroem estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo. Esta arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, coletivização, criando resistência à conformação, à mesmice.” (YASUI, p. 06, 2009)

Assim, quando falamos em saúde mental, falamos em algo mais amplo do que a psiquiatria. A psiquiatria tende a se fechar em um saber, na definição do diagnóstico psiquiátrico e psicopatologia. A saúde mental é um campo que se abre para vários saberes, inclui outros aspectos que não só a saúde, mas a cultura, a sociedade e busca acabar com uma única verdade, passa a trabalhar com complexidades e transversalidades (AMARANTE, 2007). Nesse sentido, o cuidado em saúde mental não deverá se restringir apenas à uma instituição total ou a outra instituição que limite o sujeito a um único espaço, grupo e conjunto de regras. O cuidado em saúde mental deve se dar no território, onde se perpassam distintos cenários e vários tipos de subjetividade.

Diante desse redirecionamento das políticas públicas e práticas de saúde mental, a inovação não seria apenas pela criação dos equipamentos territoriais substitutivos ao hospital psiquiátrico, o desafio colocado é de maior complexidade, pois, às práticas e ações em saúde mental passam a ser transformadas e ampliadas frente ao novo modelo assistencial adotado, não devendo ser médico-psiquiátrico ou asilar.

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia.(...) Mas quando os sintomas, de expressões de uma dificuldade e de um desequilíbrio nas condições de vida, se tornam simples sinais de uma doença que, ao invés de se inscrever no mundo social, se inscreve no mundo patológico. (ROTELLI, 1990, pg. 90).

Em relação ao saber e ao olhar médico voltado para doença, Basaglia afirma que, “ Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no ‘processo de cura’, mas no processo de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (AMARANTE, 1996).

A enfermagem desde seu surgimento esteve ligada a história da psiquiatria, ao modelo manicomial e hospitalocêntrico, se constituindo historicamente numa prática centrada na hospitalização e em ações de disciplinarização das pessoas. A equipe de profissionais não era multidisciplinar e a maioria eram profissionais de enfermagem, que executavam e garantiam os “cuidados” necessários para as pessoas institucionalizadas. Assim, o trabalho e função do pessoal da enfermagem era diversificado, a assistência oferecida as pessoas em sofrimento psíquico seguiam o modelo biomédico, voltado para doença e não para o doente e/ou a pessoa que sofre. E ainda, os espaços asilares eram utilizados no ensino e formação para aqueles que estavam na graduação em enfermagem, tendo como ferramenta norteadora do ensino e no cotidiano de trabalho o saber médico psiquiátrico.

Ao que me parece, atualmente a enfermagem vem passando por um período crítico, de (re)definição, pois como já dito anteriormente o hospital vem deixando de se constituir a instituição centralizadora no cuidado as pessoas em sofrimento psíquico mental. Assim, faz se necessário (re)pensar no ensino das instituições formadoras de enfermagem, as disciplinas e as práticas em campo, uma vez que as diretrizes e política de saúde mental foram (e vem) sendo modificadas gradualmente pelo processo da Reforma psiquiátrica.

Com o surgimento desses novos dispositivos, os profissionais de enfermagem são convocados a todo momento a desconstruir o saber herdado da psiquiatria. A enfermagem inserida em serviços territoriais deve constituir um novo e diferente trabalho, assim como, adquirir uma nova identidade como profissional da saúde mental, e que deverão estar alinhadas as novas propostas do cuidado a pessoa em sofrimento psíquico seguindo a perspectiva da atenção psicossocial.

Assim, pretendo por meio desse trabalho relatar minha experiência como enfermeiro residente no campo da saúde mental, assim como, problematizar o modo que a enfermagem ainda vem operando no cotidiano dos serviços substitutivos. E também, relatar as práticas que ainda precisam ser transformadas, pensando em outras possibilidades para construção de um novo fazer e cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, que deverá ser ampliado, em rede, não restringindo ao núcleo de formação ou uma única instituição que se propõe a cuidar. Diante desse cenário, as instituições de

saúde mental passam a ser formadoras dos profissionais de enfermagem, que se dá, ao meu ver, pela imersão no campo da saúde mental e processos facilitadores para re(pensar) constantemente o trabalho cotidiano nos novos equipamentos do cuidado psicossocial.

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE EXPERIÊNCIA COMO ENFERMEIRO RESIDENTE**

#### **3.1 A composição do SUS-Campinas e a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas-SP**

Segundo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), a cidade de Campinas está localizada no interior do estado de São Paulo, região Sudeste do país. A população do município, de acordo com a última estimativa é de 1.164.098 habitantes.

O SUS Campinas consiste num conjunto de responsabilidades com a Saúde, uma complexa rede de Serviços de Saúde e instâncias de Gestão e Controle Social. Assim, surge com a Constituição de 1988 e é regulamentado pela Lei 8080/90 e outras, que definem princípios e diretrizes que devem norteá-lo e recursos para sua viabilização. Essas leis federais se desdobram e replicam no nível municipal. O município de Campinas é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, próprios, conveniados e contratados se dão no âmbito do Município (Campinas, 2016)

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, que em nosso município iniciou-se com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no Município.

Assim, atualmente, os estabelecimentos de saúde, inclusive de saúde mental, destinados a população de Campinas estão distribuídos em cinco (5) distritos sanitários: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste (Campinas, 2016).

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira – SSCF é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, fundada em 6 de julho de 1919, inaugurada em 24/04/1924. É referência no tratamento em saúde mental no Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Tem como principal objetivo a

desospitalização, a participação e reintegração social. O “Cândido Ferreira” mantém convênio de co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas, desde 9 de maio de 1990 com dedicação integral em atendimento a pacientes do SUS. Desta forma o SSCF, através de seus recursos assistenciais, é parceiro integrante na rede de serviços ou equipamentos municipais na prestação de assistência à saúde mental de Campinas – SP e caracteriza-se não como uma “instituição total” ou “fechada em si mesmo” (segundo reflexões de Goffman, 2015), mas aberta, integrada e articulada, com exceção do Núcleo de Retaguarda. Alinha-se segundo os princípios e diretrizes do SUS, do movimento antimanicomial e da reforma psiquiátrica (NOGUEIRA, 2010).

No cenário atual, a rede de saúde mental de Campinas em convênio com o SSCF é composta por diversos equipamentos, como o Núcleo de Retaguarda para atenção à crise (com 40 leitos), seis Centros de Atenção Psicossocial – CAPS tipo III (Caps Estação, Caps Sul “Antonio da Costa Santos”, Caps Esperança, Caps Davi Capistrano, Caps Novo Tempo, Caps Integração) e Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas – CAPS AD ( Caps ad II Independência, Caps ad II Antônio Orlando, Caps ad III Reviver), um Núcleo de Oficinas e Trabalho – NOT, que oferece 14 Oficinas, cinco Centro de Convivência e Arte (Ceco Casa dos sonhos, Ceco Espaço das Vilas, Ceco Portal das Artes, Ceco Rosa dos Ventos, Ceco Toninha) e o Centro Cultural Cândido-Fumec, que oferece alfabetização, convivência social e cultura, não só aos usuários de saúde mental das regiões onde atua como também às comunidades locais (NOGUEIRA, 2010).

Também são oferecidas atividades em áreas de comunicação comunitária, em quatro oficinas: a de jornal impresso – Jornal Candura - “Espaço Aberto para um Novo Pensamento”, oficina de rádio “Programa Maluco Beleza”, veiculado na rádio Educativa FM 101,9 Mhz, oficina de TV (televisão) e oficina de fotografia (NOGUEIRA, 2010).

### **3.2 O campo do primeiro ano e da experiência: O Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas III Reviver**

Inicialmente, os Centros de Atenção Psicossociais de Álcool e outras drogas foram regulamentados pela portaria ministerial, nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, na modalidade de CAPS ad II (BRASIL, 2002). Com o passar dos anos, criou-se uma nova modalidade de CAPS ad, na modalidade III, regulamentado pela portaria ministerial, nº 130, de 26 de janeiro de 2012, contando com uma equipe multiprofissional e com funcionamento 24 horas todos dias da semana, incluindo finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

O CAPS ad do tipo III é reconhecido como integrante da Rede de Atenção Psicossocial, aberto e comunitário, foi criado visando o atendimento e acolhimento integral e continuado aos indivíduos com transtornos relacionados ao uso problemático de substâncias psicotivas. Além de ser composto por uma equipe multidisciplinar, dentro da equipe mínima, está inserido o profissional enfermeiro, devendo ter como requisito para atuação no CAPS ad III experiência profissional ou especialização em saúde mental (BRASIL, 2012).

No primeiro ano de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Campinas conhecemos toda a Rede de Saúde e Saúde Mental de Campinas, o CAPS ad III Reviver foi escolhido por mim e fiquei como enfermeiro residente.

No momento atual Campinas conta apenas com esse equipamento substitutivo público para questões Ad com funcionamento vinte e quatro (24) horas. No período de 2014 a equipe do CAPS ad Reviver era composta por 50 profissionais, sendo que, vinte (20) são de nível superior e trinta (30) com nível técnico ou ensino médio completo. Assim, por se trata de um serviço vinte e quatro (24) horas, sua modalidade é diferenciada pela presença de leitos para retaguarda noturna, voltados para atenção à crise de pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas.

No período noturno apenas a equipe de enfermagem é responsável pela assistência aos usuários inseridos nos oito (8) leitos noite disponíveis. Em relação a distribuição territorial, esse equipamento de saúde mental está localizado na região distrital Leste de Campinas, sendo referência para dois distritos da Cidade, Leste e Norte, que somam, aproximadamente, no total das

áreas 450 mil habitantes, sendo o público de atendimento adultos: em média 450 usuários por mês.

Durante o primeiro ano, era evidente que parte significativa das pessoas atendidas no Caps AD Reviver estava em situação de rua e esse número tem aumentado a cada ano. Segundo os registros coletados pelo próprio serviço, em 2012, foram realizados 511 acolhimentos de casos novos; destes, 81 estavam em situação de rua (cerca de 15,8%). Em 2013, foram realizados 703 acolhimentos de casos novos; destes, 164 pessoas em situação de rua (23,32%). Em 2014, até a data de 01 de Setembro de 2014, foram realizados 350 acolhimentos de casos novos, sendo que 105 eram pessoas em situação de rua, ou seja, cerca de 30% dos casos novos.

#### **4. OBJETIVO**

O objetivo desse trabalho consiste em, através de um relato de experiência como residente multiprofissional, refletir sobre a formação de um enfermeiro para a clínica de álcool e outras drogas

## 5. DISCUSSÕES

As mudanças que vem ocorrendo na assistência em saúde mental tem feito as instituições formadoras repensar o atual ensino de Enfermagem em Saúde Mental/Psiquiátrica durante o ensino médio e superior dos profissionais de enfermagem. Assim, com o movimento da reforma psiquiátrica ainda em curso, os problemas são evidenciados, os discursos são transformados e modificados, mas a superação do ensino pautado na psiquiatria tradicional tem se demonstrado lenta e com poucos avanços nos últimos anos (ESPERIDÃO, 2013).

Nesse trabalho, acredito que ao falar da minha atuação como enfermeiro no campo da clínica ad, impossível não dizer do processo formativo da enfermagem, uma vez que, a atuação, práticas e o trabalho nos serviços substitutivos acabam sendo reflexo dos saberes aprendidos e que foram construídos no percurso acadêmico.

Assim, diante das novas exigências para o ensino, Barros e Lucchese (2006) afirmam que, a formação de profissionais críticos, ativos e reflexivos, agentes de transformação da realidade exige dos alunos e dos docentes a constante reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem, pois requer romper com o modelo tradicional de educação que privilegia a transferência de conhecimento como um fim em si mesmo, com a pouca flexibilidade dos currículos e com a rigidez dos papéis do professor e do aluno, fatores que impedem a formação crítico-reflexiva dos profissionais.

Ao que parece, a formação dos profissionais de enfermagem não vem acompanhando as mudanças políticas que vem ocorrendo na área da Saúde Mental, uma vez que, esse processo de transformação exige constante reflexão crítica acerca das ações que os profissionais desenvolvem nas instituições e junto aos usuários, aparecendo mudanças de paradigmas que até então hegemônicos, como o saber psiquiátrico e o modelo biomédico (Lucchese e Barro, 2009). Nesse cenário, venho percebendo desde a minha experiência acadêmica o descompasso entre o ensino e as práticas de cuidado nos serviços de saúde mental.

Ao pensar no meu percurso formativo, me vieram lembranças dos campos de estágio que estive durante a graduação em enfermagem, a escuta do sujeito em processo de adoecimento não tinha importância, não era cabível, a escuta

era feita apenas pelo paciente, ao receber as “orientações” do profissional. A escuta do sujeito em questão era colocada em segundo plano, ou até mesmo desconsiderada pela supervisora de estágio. No final do dia, ao sair do estágio sentia um grande incomodo e sentimento de impotência, o sujeito era anulado em todos os sentidos, o que de fato importava era o procedimento realizado e o resultado esperado ao final.

Entretanto, apesar desse cenário, conseguia achar pequenas entradas para escuta das pessoas hospitalizadas, assim, tentava sempre estabelecer encontros com as pessoas nos momentos de fragilidade, e ainda, combinado com a sensibilidade se tornava uma ferramenta de trabalho potencializadora para quem pretende cuidar e estar com pessoas vivenciando um processo de adoecimento, seja da ordem do psíquico ou biológico.

Lembro-me de algumas cenas durante meu percurso acadêmico, me arriscava fazer com que o sujeito aparecesse, tinha o costume de antes de fazer o procedimento, o que na maioria das vezes era pontual, ir até a beira do leito para me apresentar, conhecer a pessoa hospitalizada, saber e deixar aparecer a partir da pessoa, o que o levou até a hospitalização, sem fazer isso percebia que o sujeito desaparecia, para dar lugar ao “Paciente do leito X”, fazer “o procedimento X como paciente do leito X”, o que importava era o desenvolvimento da técnica ou procedimento a ser executado.

Durante o primeiro ano de residência, inserido em um CAPS ad de Campinas, observei que os profissionais de enfermagem ao serem inseridos nos novos equipamentos chegam em sua maioria despreparados academicamente frente as novas formas e perspectivas do cuidado em saúde mental. Assim, venho percebendo que em decorrência da falta de formação adequada, as ações em saúde mental a serem executadas pelos profissionais de enfermagem podem não seguir aos propósitos dos equipamentos de saúde mental, a atuação prioritária pode se voltar para ações do núcleo, como o tratamento medicamentoso, para os momentos de urgência clínica ou de intoxicação, já estão ultrapassadas e não são mais suficientes para cuidar da pessoa que sofre.

Ainda, Lucchese e Barros (2009), afirmam que, a formação de enfermeiros para atuar na atenção à saúde mental vem se constituindo uma situação problema e complexa, pois, requer: formar profissionais com o domínio do

saber crítico-reflexivo, do saber/fazer sustentado nas diretrizes do SUS e com fundamentação teórico-prático, autonomia e criatividade na atenção psicossocial.

Diante disso, alguns estudos vem demonstrando que os profissionais de saúde no geral tem apresentado dificuldade para se incluir no novo modelo assistencial, de modo que o trabalho realizado atualmente nos serviços abertos por vezes afasta-se do proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA, ALESSI, 2003; VILELA, MORAES, 2008; DIAS, ARANHA E SILVA, 2010).

Outra constatação importante sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental é de que, ainda é possível perceber com frequência, atribuições da enfermagem voltadas para âmbito individual e próximo da atividades executadas em ambiente hospitalar psiquiátrico, valorizando o tratamento medicamentoso (ESPERIDÃO, 2013). Assim como, o atendimento individual, por meio de consultas de enfermagem seguidas do tratamento farmacológico é privilegiado e as ações relacionadas aos procedimentos terapêuticos não são atividades constantes e sistematizadas, o que faz remeter ao modelo medicalocêntrico (VILELA e MORAES, 2008).

Nos últimos anos, novos desafios vem sendo apresentados, com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental vem sendo necessário reorganizar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional. Nesse sentido, inserida nos equipamentos de saúde mental a Enfermagem é convocada a assumir novas atitudes terapêuticas, crítico-reflexiva, numa perspectiva humanista e de autonomia profissional, aprendendo e desenvolvendo no seu cotidiano de trabalho novos modos e novas ferramentas de cuidado as pessoas em sofrimento psíquico (ESPERIDÃO, 2013).

Além das novas exigências para uma nova posição de trabalho da enfermagem nos serviços de saúde mental, venho percebendo algo importante que não pode ser desconsiderado, as ações de enfermagem deve acompanhar as particularidades de cada equipamento de saúde mental, e assim, as necessidades dos usuários, isto é, a clínica a ser praticada no CAPS ad e nos CAPS III obviamente não é a mesma. Meio a essas particularidades, as demandas dos usuários do CAPS ad são ampliadas pelo atravessamento das

necessidades e comprometimentos clínicos que podem aparecer, assim a enfermagem assume funções do núcleo de formação importante na identificação desses casos.

Durante o trabalho como enfermeiro residente ficava evidente que a enfermagem, meio as funções que assumia na instituição tinha a tendência de se fechar no núcleo de formação, ao exercer as competências específicas de enfermagem, a rotina burocrática e de organização do serviço. Notava que em decorrência dessa movimentação “controlada” pelas funções institucionais, as ações e contato da enfermagem com os usuários do serviço poderiam ficar mais limitadas. Mesmo assim, por estar ligada ao funcionamento do serviço, a enfermagem poderá trazer contribuições importantes para pensar no cotidiano do serviço, em busca de menos engessamentos e mais flexibilidade nas práticas de cuidado aos usuários.

Cotidianamente me via imerso nas funções que girava em torno de garantir o funcionamento do serviço e da gestão do processo de trabalho da equipe de enfermagem, e percebia o quanto isso dificultava a possibilidade acessar os usuários de modo mais ampliado, seja no próprio serviço ou território. Segundo Esperidão (2013), apesar da evolução dos paradigmas e as práticas terapêuticas em saúde mental, é possível refletir que muitas ações dos profissionais de enfermagem não foram superadas dos resquícios medicalocêntricos, estando impregnadas no contexto dos novos equipamentos de saúde mental.

Desse forma, o processo da reforma psiquiátrica não aposta apenas na reestruturação de novos serviços reunidos e articulados em Rede, mas também leva em consideração a atuação dos profissionais nesses novos dispositivos, que deverá ser articulada com o território de existência das pessoas que estão nos serviços de saúde mental. Assim, para os profissionais de enfermagem que durante muito tempo esteve inserida na lógica hospitalar, com atenção centrada na doença/patologia, encontra um novo cenário de atuação para o cuidado das pessoas que estão vivenciando a experiência do sofrimento psíquico, se permitindo ir ao encontro dos sujeitos na instituição, na rede e no território.

Entretanto, apesar das novas demandas para os profissionais de enfermagem inseridos nos serviços territoriais, o processo de trabalho dos

enfermeiros em saúde mental ainda vem sendo caracterizado pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais” para a incorporação de novos princípios, na busca pela interdisciplinaridade, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos, superando a perspectiva disciplinar de suas ações (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

Venho percebendo desde minha inserção no CAPS ad que a divisão da enfermagem nas funções organizativas (observação de enfermagem, recepção do serviço), apesar de necessária, quando não flexibilizada a partir das demandas dos usuários, acaba tendo como risco a restrição ou baixo aproveitamento que ações dos profissionais de enfermagem podem ter ficando apenas no dentro do setor e no dentro da instituição. Acredito que diferente dos CAPS III, a atuação da enfermagem no CAPS ad tem similaridades importantes com as práticas desenvolvidas no hospital, que se faz pela lógica da disponibilidade para urgência clínica que parece estar sempre presente, os efeitos clínicos que o uso de drogas pode ocasionar, assim, como os prejuízos à saúde e a integridade física nos usuários do serviço.

No CAPS ad, observava o quanto era tudo muito dinâmico, a rotina do serviço, a clínica ad e a enfermagem, sendo responsável e próximo das demandas que não param de chegar, as esperadas e as não esperadas, assim, o telefone toca, usuários chegando para o primeiro acolhimento, a separação de prontuários, a intoxicação aguda e intercorrências clínicas, entre outros diversos afazeres ligados a função da enfermagem e organização da instituição.

Ao longo do meu percurso, fui percebendo que o desafio era superar e libertar-se do núcleo profissional, conhecendo e ir experimentando outros lugares possíveis para que o sujeito pudesse emergir dentro e fora do serviço. Acredito que esse movimento junto aos usuários deve ser diário para enfermagem, a flexibilidade dos profissionais de enfermagem para estar em outros espaços do campo da saúde mental são essenciais, entretanto, ainda prevalece uma atuação institucionalizada e médico centrada para o cuidado e tratamento do usuário em uso problemático de substâncias psicoativas.

Assim, desde o início, o meu cotidiano no CAPS ad Reviver era estar em todos lugares, portanto, ficava “solto no serviço”, e, assim, possibilitar sentir de

todas as formas a rotina do serviço como um todo. Acredito que ter sido e exercido o papel de residente tenha me facilitado e dado certa liberdade de estar uma hora mais “nucleado”, e outra, na maior parte do tempo, no “campo” e aberto para o encontro junto aos usuários do serviço.

Na definição dos conceitos de Núcleo e Campo, Campos (2000), afirma que, o núcleo de saber é representando pelo conjunto de conhecimentos específicos de cada profissão, tendo limites e margens mais estipuladas de atuação. Já o campo, são espaços sem limites, que rompem fronteiras, buscando quando necessário suporte em outras profissões e disciplinas que não fazem parte do núcleo de formação da cada profissional.

Assim, o campo na área da saúde mental aparece em cena com novos saberes, sendo aqueles compartilhados pelos diversos núcleos formativo de profissionais e de áreas distintas, sendo necessário levar em consideração a amplitude e complexidade que a Reforma psiquiátrica nos convoca. Esse novo campo de atuação se torna impensável, para de fato não apenas substituir o modelo de internação psiquiátrica por dispositivos no território, mas como forma de refletir, repensar e instituir práticas e abordagens terapêuticas inovadoras em saúde, considerando a dimensão complexa do cuidado ao sofrimento psíquico (RINALDI, 2015).

Não me esqueço dos momentos que ficava ex-posto na ambiência do CAPS AD conhecendo e dialogando com os usuários, e sempre perguntavam, o que você é aqui? E outros restando ainda dúvidas, você é Enfermeiro mesmo? Parecia que o não estar institucionalizado, ou ocupando a “posição profissional” em determinado local ou momento, gerava estranhamento nas pessoas. Evidenciava que estando no campo da saúde mental, disponível para experimentação com relação horizontalizada com os sujeitos, ia constituindo meu jeito e meu estilo de ser enfermeiro na saúde mental. Nesses dois anos de residência, venho observando que a (des) institucionalização não deveria ser apenas das pessoas que estão nos serviços de saúde mental, através do cuidado compartilhado e articulado em rede, mas também dos profissionais de saúde mental, dando oportunidade para constituição e ampliação de novas formas e modos de relações seja possível, não apenas pelo viés da doença, dos sintomas ou queixa clínica, mas colocando as pessoas no lugar de sujeitos que vivencia a experiência de uso de drogas.

Ao meu ver, o estar e se colocar diante da experiência no campo da saúde mental pode ser uma forma de agregar ao saber biomédico e protocolar outros saberes, exercitando nesse caminho a capacidade de refletir sobre a prática para desnaturalizar o fazer que pode se tornar automatizado.

A práxis parece ser uma ferramenta de trabalho importante para enfermagem em saúde mental. Segundo Valle, Pagliuca e Quirino (2009), o desconstruir não pode ser visto apenas como algo aniquilador, mas como um processo constante de aprendizagem. O processo é mais fundamental que o produto gerado, sendo assim, desconstruir é construir uma práxis humana do conhecimento.

É inegável que estar na posição de experimentação gerou insegurança e desconforto. Eu pensava, será que não estou conseguindo assumir minha função de enfermeiro aqui? Meu lugar é aqui?

Com o tempo passei a interpretar isso de outro modo, a *abertura ao encontro* fora da *clínica tradicional*, sendo um outro modo de ser e fazer clínica como enfermeiro. Haja visto, que normalmente os enfermeiros não assumem tanto esse espaço mais livre pelo serviço, ou pode não considerar como parte da assistência da enfermagem. E, ainda, que essas características são do meu estilo e jeito de ser enfermeiro, conseguindo estar em outros locais, de conversa, de construção de vínculo, e não apenas no núcleo ou no contato com o usuário em quatro paredes de uma sala de atendimento.

Segundo Esperidão (2013); Silva (2010), as ações de enfermagem voltadas para atividades assistenciais de ordem técnica, tais como verificação de sinais vitais, medidas de higiene e medicalização, ainda prevalece entre os cuidados de enfermagem no serviços de saúde mental, em detrimento as tecnologias relacionais terapêuticas.

Apesar da prevalência dessas ações, acredito que se feitas de modo ampliado e sensível (combinados com acolhimento e escuta), a ação não se torna puramente técnica, sendo uma via de acesso para conhecer o usuário e entender mais suas questões através da realização do procedimento clínico. É importante que a enfermagem no CAPS ad tenha disponibilidade para o cuidado e acesso ao usuários não apenas pelas ações do núcleo de enfermagem, é possível criar vias de acesso utilizando outros modos de aproximação das pessoas que estão no serviço, percebia que as vezes não era

necessariamente se “criar” uma entrada, bastava me colocar aberto para que os encontros acontecessem.

Lembro-me de uma cena/experiência com um usuário. L., jovem, 23 anos, que se reconhecia como torcedor do time da ponte preta, sempre estava no CAPS ad, era conhecido pela equipe por estar sempre solicitando algo ou por “chamar a atenção”. Em um momento na ambiência L. me chamou para que pudesse me mostrar uma caixa que teria feito naquele dia pela manhã no Atêlie, ao me mostrar a caixa, lhe perguntei, Para quem você fez ela? Após alguns segundos pensando, L. respondeu: Não sei, poderia presentear meu pai. Me perguntou: O que você acha? Respondi: Acho que ele vai gostar, o que acha de escrevermos uma carta? L.: Não sei escrever, pode me ajudar à escreve-la? Nesse momento L. ao escrever a carta para o pai, contou-me sobre sua história de vida, a relação com o pai e de que modo o uso de cocaína passou o seu cotidiano de vida.

Nos momentos mais nucleado no CAPS ad, pude acompanhar e estar nas funções que o enfermeiro ocupava, era bem restritivo, mas percebi que dependendo do modo e da disponibilidade do profissional para com o sujeito que estavam no serviço, era possível ultrapassar o procedimento de enfermagem por si só, independente do lugar ou momento, na sala de observação, nas intercorrências clínicas, nas intoxicações agudas e os atendimentos de desintoxicação.

Assim, no CAPS ad intercorrências clínicas e intoxicações acontecem sempre e nesse momento a enfermagem tem que se fazer presente. Apesar dessa demanda imprevisível inerente à própria clínica ad, acredito que não seja necessário a fixação e distribuição unicamente em setores, dá pra fazer com que a atuação seja mais flexibilizada, acompanhando a dinâmica do serviço, dos usuários e favorecendo o trabalho interdisciplinar com a equipe multiprofissional do serviço. É importante que a enfermagem esteja mais próxima de outras ofertas de cuidado que o CAPS ad pode oferecer as pessoas.

No campo da identidade profissional de enfermagem, Beteghlli et al. (2005) afirmam que, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo reconhecida como um instrumento capaz de proporcionar maior autonomia para o enfermeiro, favorecer o registro, além promover a

aproximação com o usuário e com a equipe multiprofissional. Na minha experiência como enfermeiro residente, esse instrumento vem sendo utilizado pelas equipe de enfermagem dos CAPS III e Ad de Campinas.

Na minha opinião, acredito que a SAE seja um importante instrumento, por nortear a prática da enfermagem, principalmente no que diz respeito ao cuidado clínico dos usuários, fazendo com que a enfermagem tenha um olhar mais de perto para aqueles que apresentam morbidades clínicas associadas ou não ao uso de drogas.

Entretanto, como se trata de um instrumento, tem suas limitações, e o risco de reduzir o sujeito ao enquadrá-lo nos diagnósticos de enfermagem que já são padronizados e pré estabelecidos, e ainda, de ser feito apenas como uma atividade burocrática, pelo preenchimento do formulário e check list. Pude observar que em alguns momentos, a SAE se tornava um instrumento desarticulado do Proteção Terapêutico Singular (PTS) do usuário e de pouco acesso da equipe multiprofissional do serviço, assim, enfermagem se aproximava das questões clínicas, mas distanciava-se das questões mais ampliada dos projetos de vida das pessoas que estavam no serviço.

Nesse sentido, apesar das ações de enfermagem serem mais fechadas e voltadas para o núcleo de formação, acredito que seja possível acionar válvulas de escape no cotidiano de trabalho, tornando o mais dinâmico e integrado. O campo da saúde mental é rico de possibilidades, existem espaços e aberturas para conhecer os sujeitos em outros momentos, não só na crise, na avaliação e medicalização dos sintomas clínicos ou da síndrome de abstinência e nos atendimentos desintoxicação. Nestas ocasiões que estive observei o quanto me sentia limitado como profissional da saúde mental, e ao mesmo tempo, limitando o vínculo e aproximação com o usuários, precisava e pensava quais outras saídas buscar para minha prática.

Devido a isso, optava por exercer a enfermagem movimentada não apenas pela urgência clínica, mas movimentada pelo contato e aproximação com usuários nas diversas situações que encontravam-se. Acredito ter sido um “enfermeiro ambulante e desterritorializado”, isso mesmo, como a própria definição do dicionário Aurélio (2004), “que não tem lugar fixo”, palavra essa que descreve perfeitamente a minha atuação, estando em constante movimento.

Assim, estando em movimento durante minha atuação me aproximava do campo da saúde mental e da diversidade e possibilidades de ser enfermeiro, me identifiquei bastante ao realizar a leitura do livro *“Clínica Peripatética”* de Antonio Lancetti (2008), aonde o autor propõe a clínica praticada em movimento, fora dos espaços institucionalizantes e de reclusão convencionais, inaugurando e ampliando outras formas de engate terapêutico, possibilitando a conexão com os fluxos da cidade, acreditando na potência do encontro, da produção de vida e da subjetivação.

Meio a esse movimento que a própria inserção na experiência do campo da saúde mental ocasiona, dava abertura aos encontros, fazendo com que o saber unicamente do profissional, fosse se diluindo, dando espaço e lugar para o saber do usuário, e a possibilidade de construção de uma relação horizontalizada.

Outra questão importante a ser desconstruída ou mesmo ressignificada, está relacionada aos limites que podem surgir na atuação de enfermagem apenas direcionadas ao núcleo de formação, na clínica Ad, a chance de ver o sujeito apenas pelo viés da abstinência é grande, pois, como enfermeiros, medicamos para garantir redução dos sintomas da síndrome de abstinência (SA); fazemos atendimentos de desintoxicação, condição na qual garantimos através de medicamentos a redução de sintomas que poderam aparecer, pela situação de “abstinente”; entre outras ações por vezes médico centrada.

Assim, a enfermagem deverá encontrar no cotidiano de trabalho outras saídas e possibilidades de cuidado e aproximação do usuário e do contexto real de vida que estão inseridos. Penso que uma dessas formas pode ser seguindo os princípios e estratégias da Redução de Danos (RD), na qual segundo recomendações contida na “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, que adota como referencial técnico-político a noção ampliada de redução de danos, devendo ser orientadora das práticas da equipe multiprofissional do CAPS ad (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Como alternativa à lógica da abstinência, a Redução de Danos (RD) caracteriza-se como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas. Assim, a RD vem se tornando um dispositivo em que os usuários

de drogas podem falar em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque através dela podemos nos aproximar dos usuários de drogas e assim acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem. Assim a RD vai deixando de ser um conjunto de estratégias e vai se tornando um conceito que abrange diferentes estratégias (TEDESCO e SOUZA, 2009).

Para essa abordagem, a abstinência pode ser mais uma forma de reduzir os danos. A noção ampliada a que se fez referência implica não só diminuição do consumo da droga ou adoção de medidas protetoras no que diz respeito ao funcionamento biofisiológico. Pressupõe também determinantes psicossociais e a participação ativa do usuário na reflexão sobre suas experiências e transformação de seu estilo de vida. (ANDRADE E FRIEDMAN, 2006; BRASIL, 2004).

No cotidiano do CAPS ad, ao me colocar aberto aos encontros com usuários, percebia que através da RD, conseguia ver as pessoas e as diferentes formas de uso de drogas de modo singular, assim, o cuidado não era definido unicamente por mim, mas em combinação com o desejo de cada pessoa. Como enfermeiro utilizando a RD na minha prática no CAPS ad, dava oportunidade de construir diferentes formas e possibilidades de cuidar das pessoas lá estavam, que não se limitasse a condição . Algo que evidenciava era que nem todos usuários tinha como objetivo parar de usar drogas, se tornando “abstinente”, ou mesmo estar na sala de atendimento para que a enfermagem fizesse o acompanhamento do processo de desintoxicação.

Fui percebendo com o tempo que o meu jeito de ser enfermeiro na clínica ad, seguia e tinha semelhanças com o que preconizava o dispositivo clínico da RD. Notava que com a atuação mais movimentada não apenas pela ações de enfermagem, mas também acompanhando o movimento e dinâmica dos usuários, favorecia o vínculo e dava abertura para que outros discursos pudessem aparecer, como por exemplo, entender o lugar que o uso de drogas passava a compor a vida e a singularidade de cada pessoa, as sensações e experiências que o uso de drogas trazia pra cada um.

Vejo a RD uma estratégia importante para os profissionais de enfermagem agregarem como ferramenta de trabalho no CAPS ad, na medida que amplia as ações em saúde para os usuários que estão no serviço, colocando a

abstinência como uma meta que poderá ser possível, mas não a única estratégia como forma de cuidado. Com a utilização da RD como norteadora para minha prática, percebia que o cuidado ao sujeito era algo a ser construído e que essa forma de cuidado muitas vezes não poderá estar pronta.

O desafio que como enfermeiro enfrentei, e ainda enfrento, é a questão da singularidade do sujeito, ver o usuário como único, e a dificuldade de não associar uma pessoa à outra, aonde “aparentemente” podem ter semelhanças pelas condições que se encontram ou se apresentam. Ao utilizar a RD como orientadora da minha prática dava abertura para que a pessoa fosse vista não apenas como usuário de alguma substância em si, mas usuário que vive e está vivendo uma vida de relações, e que para alguns o uso da droga se insere ao meio desse processo.

No campo da experiência da saúde mental e da clínica ad, outro espaço que foi importante para minha formação foi a inserção em dispositivos grupais e oficinas, tendo a oportunidade como enfermeiro de acessar e acompanhar os usuários em momentos de convivência, interação em grupo :

Em especial, um grupo que já acontecia no CAPS ad, aberto a todos usuários, acontecendo pelas manhãs de quarta-feira, o “Grupo de Caminhada”. Quando cheguei no CAPS ad Reviver tive a oportunidade de estar a psicóloga Carol neste grupo, em um primeiro momento, e devido experiências anteriores nesse tipo de grupo, pensava em sua realização apenas pelo viés da “atividade física” e no máximo uma conversa paralela que poderia acontecer. Mas não foi assim, bastou uma primeira “caminhada” com os usuários que tudo mudou, a cada realização do grupo mais distante ficava a “atividade física” como propósito principal, pelo menos para mim.

Com o passar dos dias a Carol me confiou a coordenação do grupo, e posteriormente, a Patrícia, também residente multiprofissional, passou à fazer-lo comigo. A cada dia que passava conseguia ver a potência do grupo e do “caminhar no território”, e acredito eu, que nesse percurso, histórias de vida poderiam nunca serem contadas no CAPS ad ou com um profissional dentro do serviço, se tratava de um outro tipo de acolhimento, mais natural e dinâmico. Como enfermeiro, conseguia ver os sujeitos de modo ampliado e percebia que a disponibilidade para o acolhimento e aproximação sendo profissional era

outra, favorecendo a criação e fortalecimento dos vínculos na medida que as pessoas que participavam iam se constituindo integrantes do grupo.

A cada final do grupo de caminhada, e antes da anotação nos prontuários, eu e Patrícia discutíamos questões relacionadas aos usuários que participaram e as conversas que foram compartilhados ao longo do percurso. Com a participação da Patrícia comecei a cada dia que passava ampliar meu olhar para o “ fazer um grupo”, nas questões de organização, pactuação no início e no final de cada dia, a valorizar o desejo dos usuários acerca do destino da caminhada (ceco- espaço das vilas, lagoa do taquaral, lago do café, passeio no bairro, busca por árvore frutíferas, roda de conversa e a dinâmica “passando a bola).

Durante meu percurso como residente nesses dois anos, as parcerias com outros profissionais, de outros núcleos, foi imprecidível e enriquecedor, percebia que pelo simples fato de estar junto algo novo me acrescentava e ampliava minha visão para além do tratamento clínico, me fazia ver o sujeito de outros modos. Assim, para equipe de enfermagem é essencial que seja puxada por outros profissionais do serviço para lugares e atividades no campo, no território, experimentando estar e entrar em contato com usuário em outro momento.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, para não finalizar, mas finalizar com um novo começo, faço algumas considerações finais desse trabalho. Durante meu cotidiano diário no CAPS ad, me deparava constantemente com algumas ações do núcleo de enfermagem que identificava com algo limitador para a prática da enfermagem no CAPS ad. Entretanto, ao me colocar como sujeito da experiência, percebia que apesar da existência dessas limitações, existiam e apareciam possibilidades diversificadas para ser e estar como enfermeiro, fui sentindo e percebendo que era possível se apropriar de modo de diferentes dessas limitações, transformando-as, ampliando-as e buscando saídas a partir da verdade e do desejo dos sujeitos.

Desse modo, acredito que a possibilidade de permitir-me experimentar o campo da saúde mental e da clínica ad foram essenciais para (des) construção da minha prática e do meu jeito singular de ser enfermeiro.

Como foi dito em algum momento nas páginas anteriores desse trabalho, identifiquei ao longo do meu percurso como enfermeiro residente na clínica ad que a enfermagem como um todo, frente as demandas da organização e funcionamento da unidade, acabava tendo a tendência e risco de fazer com que o trabalho e ações se tornassem institucionalizadas, ficando no dentro do setor, no dentro da instituição.

Assim, ao me colocar como sujeito da experiência, conseguia atribuir ao meu trabalho como enfermeiro da saúde mental outras formas de cuidar e de estar junto com o usuários. Foi muito importante para minha formação ao conseguir ser enfermeiro não apenas sobre e a favor da dinâmica “institucional ou do núcleo”, mas a acompanhando e estando junto e próximo das verdadeiras e diferentes dinâmicas que movimentam o serviço aparecia: a dos usuários.

Assim, parecia que o não estar institucionalizado, ou ocupando a “posição profissional” em determinado local ou momento, gerava estranhamento nas pessoas. A cada dia que passava no CAPS ad, vinha observando que a (des) institucionalização não deveria ser apenas das pessoas que estão nos serviços de saúde mental, mas também dos profissionais de saúde mental que estão inseridos nos serviços ditos territoriais e comunitários. Sendo enfermeiro sem

um local tão definido para atuação, apareciam outras oportunidades para constituição e ampliação de novas formas e modos de relação profissional-usuário, assim a demanda da doença, dos sintomas ou queixa clínica ia desaparecendo para dar lugar ao falas das vivências e das experiências relacionadas ao uso, não uso, consumo das drogas.

Nesse sentido, fui percebendo com o tempo que o meu jeito de ser enfermeiro no CAPS ad, tinha semelhanças com o que preconiza o dispositivo clínico-político da RD. Notava que com a atuação mais movimentada não apenas pela ações de enfermagem, mas também acompanhando o movimento e dinâmica dos usuários, favorecia o vínculo e dava abertura para que outros discursos pudessem aparecer, como por exemplo, entender o lugar que o uso de drogas passava a compor a vida e a singularidade de cada pessoa, assim como, as sensações e experiências que o uso de drogas trazia pra cada um.

Assim para concluir o começo de um novo final, o desafio que enfrento para ser enfermeiro na clínica ad é que com frequência é preciso superar e libertar-se do núcleo profissional e de formação, se autorizando a conhecer e a experimentar outros lugares e modos para que o sujeito possa emergir, no dentro e fora do serviço.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

Brasil. 2001. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

Brasil. (2004). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras. Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado a saúde junto a população em situação de rua. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outra drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos recursos financeiros. Diário Oficial da União 2012; 26 jan.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**. 2002; n19.

CAMPOS, GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

DIAS, CB; ARANHA E SILVA, Ana Luísa. O perfil e ação do profissional da(o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 07 fev 2016]; 44(2):469-75. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>.

ESPERIDIAO et al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66 n. esp. p.171-176, 2013.

Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª.ed. São Paulo, Positivo, 2004. Pp 498-499

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

OLIVEIRA, AGB; ALESSI, NP. O trabalho em enfermagem em saúde mental: contradições e pontencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2003, v.11, n.3, pp. 333-340. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 02 fev. 2016.

VILELA, SC, MORAES, MC. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro. v.16 n.4 p. 501-506, out-dez/2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a08.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998-(Dicionários Michaelis). 2259p.

OURY, J. Itinerários de formação. Trad. de Jairo Goldberg. **Revue Pratique**, n.1, p.42-50, 1991.

PADILHA, MICS; MANCIA, JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revistando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**,. v. 58. n. 6. p. 723-726, nov-dez/2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000600018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018)>. Acesso em: 02 fev. 2016.

REINALDO, AMS; PILLON, SC. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 11. n.4. p. 688-693, dez/2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400021)>. Acesso em: 02 fev. 2016.

Campinas (SP). Prefeitura. 2013. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em: 02 fev. 2016.

Barros S, Lucchese R. Problematizando o processo ensino-aprendizagem em enfermagem em saúde mental. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**. v 4 (2), p. 337-354, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462006000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200007)>. Acesso em: 03 fev. 2016.

RINALDI, DL. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.20 (2), p. 315-323. 2015.

ROCHA, R.M. **Enfermagem em saúde mental**. 2.ed., atual.e ampl.9.reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010.

LUCCHESI, R; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v.43 n.1. p. 152-160, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/20.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

NOGUEIRA, JAS. **A Assembleia abre portas:** uma visão histórica no contexto da Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Dissertação [Mestrado Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação] – Faculdade de ciências médicas da Universidade Estadual de Campinas;** 2010.

SILVA GA. Atuação dos profissionais da rede especializada em Saúde Mental de Goiânia. **Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Goiás;** 2010. Disponível em: <  
[https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/Gelda\\_Alves\\_da\\_Silva.pdf?1391016002](https://mestrado.fen.ufg.br/up/127/o/Gelda_Alves_da_Silva.pdf?1391016002)>. Acesso em: 02 fev. 2016.