

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E MENTAL

RENATA BARROS FERREIRA

**BASTIDORES DA ENFERMAGEM NA CLÍNICA DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: COMPONDO
SABERES A LUZ DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE**

**CAMPINAS
2016**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E MENTAL

RENATA BARROS FERREIRA

**BASTIDORES DA ENFERMAGEM NA CLÍNICA DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: COMPONDO
SABERES A LUZ DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. Sob orientação de Ms. Ellen Ricci e Dr. Thiago Lavras Trapé.

Coordenação: Rosana Tereza Onocko Campos

**CAMPINAS
2016**

Menimelímetros

... "Na quebrada do menino, não tem nem ônibus pro centro da capital,

Isso me parece um sinal

É tipo uma demarcação de

Até onde ele pode chegar

E os meninos 'malandrão', que faz toda a lição

Acorda cedo e dorme tarde

É chamado de 'função'

Tem prestígio, não tem respeito

É sempre suspeito de qualquer situação

Cêis já pararam pra ouvir alguma vez, o sonho do menino?

É tudo coisa de centímetros

Um pirulito, um picolé, um pai, uma mãe, um chinelo que lhe caiba no pé

Um aviso

Quanto mais retinto o menino

Mais fácil de ser extinto.

Seus centímetros

Não suportam 'nove milímetros'

Esses meninos

Sentem metros."

Luz Ribeiro

AGRADECIMENTOS

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, pela possibilidade de vivenciar as potencialidades e os desafios de uma formação prática,

Aos meus formadores, Rosana Onocko, Bruno Emerich e Ellen Ricci que me acompanharam durante estes dois anos em prol de aperfeiçoar minha capacidade crítica e construtiva para o desempenho de um trabalho significativo,

Carinho e gratidão aos preceptores, Fábio Mariano, Lidianne Zorzetto e Ana Carolina Garcia, pela disponibilidade de estar presente e acompanhando minha formação,

Aos meus colegas de residência, R1 e R2 pela possibilidade de encontros e uma construção coletiva,

A Rachel, minha amiga, irmã, companheira da vida, de discussões e construção de um trabalho possível dentro da saúde mental,

Aos meus pais, que mesmo na simplicidade do entendimento de uma formação acadêmica, estiveram perto me dando base e suporte para que eu pudesse continuar,

Ao meu companheiro Pedro, pelo amor, cumplicidade e colaboração para minha formação.

RESUMO

FERREIRA, Renata Barros. Bastidores da enfermagem na clínica de álcool e outras drogas: Compondo saberes a luz da Educação Permanente em Saúde. 2017. 23f. Trabalho de conclusão de curso (Residência Multiprofissional em saúde Mental e Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

Este estudo tem como objetivo discutir a Educação Permanente em Saúde (EPS) realizada com a equipe de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial “Álcool e outras drogas”, à luz das Portarias de EPS elaboradas pelo Ministério da Saúde e pela construção cotidiana das ações a partir da Clínica de Redução de Danos (RD). Para atender a esta proposta, foi realizado relato de experiência e pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo entre o período de 2002 a 2017, utilizando como critérios para inclusão na pesquisa, os artigos relacionados ao tema proposto, disponibilizados na íntegra e em idioma português.

O relato de experiência foi composto pelo diálogo cotidiano com a equipe de enfermagem sobre as práticas de trabalho realizadas e a possibilidade de construção de um cuidado que incluíssem o sujeito em sua integralidade. As pesquisas bibliográficas orientaram as práticas consolidando um espaço de Educação Permanente dentro do serviço. Sendo considerado um espaço de fortalecimento de vínculo e ensino e aprendizado entre os profissionais e os usuários do serviço, a EPS possibilitou a reflexão sobre as práticas clínicas que atendessem a população e sua complexidade.

A EPS deu sentido a uma construção em ato com a equipe de enfermagem, de um cuidado que incluísse a queixa real do usuário, ou seja, a possibilidade de atender o sujeito enquanto alguém que traz consigo, pelo viés dos sintomas corporais, a necessidade de ser ouvido, de ser inserido no serviço, na rede de apoio (seja ela de saúde, familiar, ou ao território).

As discussões estavam voltadas para uma clínica de RD, em que o sujeito pudesse ser cuidado a partir de uma ótica ampliada, e não apenas pelo uso momentâneo de determinadas substâncias psicoativas (SPA's). Para tanto, a construção de um processo de trabalho e das consultas de enfermagem com abordagem integral ao usuário, se fez necessário para implantação de uma assistência que se aproximasse da demanda do usuário e das diretrizes colocadas pela lei.

Dar voz a equipe de enfermagem e desmistificar o objeto de cuidado até então operacionalizado pelo núcleo da enfermagem como 'doente mental', tornou possível pensar junto com eles outras possibilidades de cuidado, para além da perspectiva da cura e da estabilidade.

O movimento, a voz, a ocupação dos mesmos espaços que o restante da equipe, tornaram a equipe de enfermagem mais empoderada do seu processo de trabalho.

Palavras-chaves: Educação Permanente em Saúde, Enfermagem, Saúde Mental, Redução de Danos e Clínica de álcool e outras drogas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3 METODOLOGIA.....	14
5 RESULTADOS	16
5.1 Educação Permanente em Saúde: o desafio do cotidiano.....	16
5.2 Do estudo à prática da aprendizagem	17
6 CONCLUSÃO.....	21
7 REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

Os direitos e a proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais são garantidos pela Lei nº 10.216. Desde sua aprovação, em 2001, inúmeras transformações conceituais e práticas ocorreram e foram desenvolvidas para assegurar a assistência e prezar pelo atendimento especializado também aos que sofrem de transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA's).

Atendendo a esta proposta, o Ministério da Saúde, no início de 2003, estabeleceu como uma de suas metas a construção da Política de Atenção Integral aos portadores de transtornos proveniente do uso de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003).

As ações de cuidado aos usuários foram embasadas no ano anterior, pela Portaria nº 816 de 2002 do Ministério da Saúde, que considerava o aumento do uso indevido de SPA's e o número de casos de doenças infectocontagiosas, em que sua transmissão se dava pelo contato sexual, com sangue e hemoderivados. A proposta era que os serviços se adequassem ao modelo proposto pelo SUS, e oferecessem aos usuários uma assistência voltada às práticas comunitárias, associadas aos serviços de saúde da rede e de assistência social, com ênfase na reabilitação e reinserção social. Com isso, estabeleceu-se uma mudança no modo como o tema das drogas era abordado e como deveria ser tratado, pelo viés de uma política pública (BRASIL, 2002).

A constituição política, baseou-se na ampliação dos dispositivos extra-hospitalares, articulados a outros setores da sociedade, com vistas à reabilitação psicossocial e à reinserção social do sujeito no território, utilizando como referencial a lógica ampliada da estratégia de Redução de Danos(RD)¹, realizada através de busca ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, integradas ao meio cultural e a comunidade que estes sujeitos estão inseridos (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

¹ Política Pública que visa minimizar os riscos globais relacionados ao uso de SPA's, que não prioriza a abstinência como única forma de tratamento. As estratégias utilizadas para abordar o usuário se dão através de informações sobre os danos causados pelo uso de álcool e outras drogas, alternativa de lazer e atividades livres de SPA's. São facilitadas informações sobre a identificação dos problemas pessoais e o acesso a assistência (BRASIL, 2002).

A existência de uma Lei, que assegura o direito dos usuários portadores de transtornos mentais, o acesso aos serviços de saúde, e uma Portaria que reformula as ações de cuidado aos pacientes em uso intenso de SPA não lhes garantem qualidade no atendimento, ainda existem obstáculos decorrentes da centralização de cuidado por parte dos CAPS ad.

No meu modo de entender, o Ministério da Saúde deveria ter começado com a implantação de CAPS 3, ou seja, pelos destinados a substituir os hospícios, que funcionem 24 horas por dia, com possibilidade de agir na complexidade do território e oferecer camas para hospitalidade diurna e noturna. Mas o certo é que a maioria dos CAPS não funcionam pensando na cidade, e em seu problemas mais candentes, e muito menos se preocupa em diminuição de internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outra forma de violência. Nesse caso, não cabe aos terapeutas procurar novas estratégias clínicas: os pacientes é que devem adaptar suas demandas às ofertas dos serviços (LANCETTI, 2014. pg. 47).

Existe uma linha tênue entre a garantia de cuidado no modelo descentralizado e uma exposição do usuário às situações de vulnerabilidade. Estas condições, criam correntes de trabalho burocráticas e tecnicistas, tornando os profissionais do serviço, escravos de um corporativismo e suas ações repetitivas, reducionistas e os recursos terapêuticos voltados à psiquiatria clássica (LANCETTI, 2014).

Nos últimos anos, o SUS e o movimento de Reforma Psiquiátrica tem realizado uma aposta em um cuidado aos “dependentes” de álcool e outras drogas, voltada para a estratégia de RD isso reflete em uma maior visibilidade aos direitos e deveres dos toxicômanos, colocando em discussão aspectos fundamentais como responsabilidade individual, responsabilidade penal, liberdade de escolha, modalidades de atendimento, descriminalização e leis.

Esta realidade proposta pela Reforma Psiquiátrica, nos coloca perante a uma modalidade de cuidado que prioriza o modelo assistencial voltado ao sujeito, como ser social, com aposta no vínculo. Há uma indisposição quando se trata do cuidado ao indivíduo transgressor, e dos seus direitos enquanto cidadão,

isso muitas vezes tende a deslocar o sentido do cuidado e da estratégia de RD para um assistencialismo, e o acesso dos usuários aos direitos serem entendidos como dever do Estado. Ao invés dos atendimentos criarem condições para que o sujeito venha exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, o Estado é convocado para impor o acesso aos direitos como dever e com isso o cuidado e o tratamento fica em segundo plano (CHAVES, 2006).

A proposta do Ministério da Saúde ao elaborar uma estratégia voltada para Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e Outras Drogas, prevê a ampliação das ações de RD e mudança no modo como o tema das drogas era abordado e tratado enquanto política pública, bem como para um comprometimento com a atenção integral deste tema na contemporaneidade, poupando-se das construções de cidadãos lícitos e ilícitos e as ações permitidas e proibidas (CARVALHO; FERIGATO; BARROS, 2009).

A concepção de cidadãos lícitos traz consigo uma atitude higienista e moralista na sociedade tradicional, que apresenta uma tendência acusatória contra os usuários de drogas. A escuta singular a partir dos aspectos subjetivos, possibilita dar sentido ao ato toxicômano, viabilizando a compreensão do uso de SPA's (CHAVES, 2006).

O que pode acontecer ao escutar o sujeito que traz consigo uma frequência de uso de droga, é tornar qualquer tipo de uso uma dependência e ouvir partes do sujeito, ou apenas o uso (frequência), tido como objeto de tratamento, a abstinência. Isso não desconsidera a necessidade de interrupção imediata do uso, que muitas vezes precisa ser feito em ambiente hospitalar como estratégia de RD, porém o fundamento do tratamento é a clínica do sujeito (*op. cit.*).

Cabe dizer que o processo de elaboração de uma nova política e sua aplicação prática encontra-se ainda em curso, uma vez que o trabalho estruturado a partir de um modelo assistencial existente e conhecido pelos trabalhadores que vivem a Reforma Psiquiátrica (RP)² vem sendo remodelado

² A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento que propõe a aproximação entre o sujeito com transtorno mental e seu espaço social, proporcionando a eles estratégias de circulação pelo espaço territorial, caracterizado essencialmente pela desconstrução prática e teórica da instituição manicomial, visando criar novas perspectivas de vida para os indivíduos considerados loucos. Essas transformações se deram no Brasil em face do contexto sociopolítico das mudanças econômicas ocorridas com o processo de transição do regime militar ditatorial,

para atender a uma nova demanda trazida por uma nova população, que são os usuários que sofrem de transtorno decorrente do uso de drogas.

De maneira geral, há uma questão entre a inserção clínica que interfere na remodelação da política e a prática cotidiana que está diretamente ligada à reflexão diária do cuidado. Se a clínica visa intervir na relação entre o usuário, a droga e a RD, a proposta prática é retirar a droga do foco principal, ou seja, tornar a clínica, um enredo e as cenas deslocadas do tema “droga”, sem que isto implique na perda do objeto de cuidado. E enquanto política de saúde, este é o sentido necessário, imprimir o movimento de migração da RD para o campo da clínica, como um desafio que nos convoca a um só tempo à reflexão cuidadosa e ao exercício constante de criação em nossa prática a fim de ampliar os efeitos potencializadores desse contato entre esses dois universos distintos de práticas, o contato entre os profissionais para uma nova abordagem e contato com os usuários que são inscritos neste novo lugar, como uma nova população (TEDESCO; SOUZA, 2009).

Para o mesmo autor, este movimento consiste em um processo vivo, ou seja, o processo no momento mesmo em que se realiza a condução prática. De um lado, a desvantagem do ineditismo constante, do impacto de lidar com o desconhecido, com o sujeito na maneira como ele se encontra, e de outro a vantagem de conviver mais intimamente com a implantação da proposta, ainda em vias de realização, e de poder elaborar intervenções reguladoras do processo em andamento (*op. cit.*).

Com essas considerações, buscar um sentido para uma atenção qualificada que beneficia, sobretudo, o usuário e seus familiares requer um modelo assistencial embasado em políticas adequadas e conectadas à serviços estruturados com profissionais qualificados e com formação para desenvolver um trabalho transdisciplinar e com possibilidade de comunicar-se com outros setores.

Todavia, no campo da saúde pública e especificamente da saúde mental, existem portarias regulamentadoras para viabilizar a capacitação em saúde e a

sobretudo nos anos 80, em um cenário em que emergem novos rumos para as políticas de saúde no país (MACHADO; COLVEIRO; RODOLPHO, 2013).

formação de recursos humanos, entendendo que a promoção em saúde se dá no cotidiano, assim como as formações profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a formação cotidiana a partir do conceito da Educação Permanente em Saúde e de uma estrutura Ministerial, que institui a Política Nacional de Educação Permanente, como parte do processo de trabalho, formação e o desenvolvimento dos trabalhadores.

2.2 Objetivos específicos

Discutir a trajetória do enfermeiro enquanto facilitadora das ações educativas em saúde, implantadas com os profissionais, em um dos serviços de saúde em que estive durante o período de permanência em campo - como parte prática do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, discutidas a partir de um olhar voltado para complexidade do sujeito e sua experiência com o uso de substância psicoativa.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi de caráter qualitativa, incluindo a este método, o relato de experiência com levantamento bibliográfico a fim de dar significado às ações vivenciadas.

A pesquisa qualitativa se preocupa, dentro da ciência social, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha significados abrangentes, como aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2002).

O relato de experiência deu sentido ao processo formativo em campo, realizado a partir do acompanhamento da equipe de enfermagem no cotidiano de trabalho e de discussões acerca do processo de enfermagem.

A produção de um debate coletivo que problematize situações no conjunto dos trabalhadores, tem o potencial de transformá-los, saindo dos ruídos e incômodos para levá-los ao lugar de enfrentamento, empregando ações pactuadas na construção do cotidiano. A expressão dos conflitos vivenciados pelos trabalhadores é também um forte analisador das relações, porque expressa as subjetividades que operam na realidade e afeta os membros da equipe (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013).

O levantamento bibliográfico foi utilizado para embasar as ações práticas e identificar questões relacionadas ao tema proposto. Foram considerados artigos em revistas científicas, livros, dissertações e publicações oficiais de instâncias definidoras de políticas. Para tal, foram pesquisados dados referentes a educação cotidiana dos profissionais, ao processo de trabalho da equipe de enfermagem em saúde mental e a estratégia de redução de danos.

Para o levantamento de dados e construção da análise, foram utilizadas consulta às bases de dados do *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*Lilacs*), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual da Saúde do Brasil (BVS), Biblioteca Virtual da USP e a Biblioteca Virtual da UNICAMP e consultas bibliográficas. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: artigos

relacionados ao tema proposto, disponibilizados em idioma português, textos na íntegra e publicações entre o período 2002 a 2016.

Os unitermos utilizados no trabalho foram: Educação Permanente em Saúde, Enfermagem, Saúde Mental, Redução de Danos e Clínica de álcool e outras drogas.

5 RESULTADOS

5.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O DESAFIO DO COTIDIANO

Tendo como finalidade estruturar um método de formação regionalizado para atender as demandas dos profissionais que estão em contato direto com os usuários e familiares, o governo federal torna a política de educação permanente uma estratégia fundamental para a reorganização das práticas de formação, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde, criando em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e instituindo em 2004 através da Portaria 198, os Pólos de Educação Permanente³ (BRASIL 2004b).

As discussões sobre Educação Permanente (EP) dos profissionais e sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser fundamental e estratégica à medida em que os recursos humanos no SUS são reordenados, priorizando a educação permanente no trabalho, visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em cada realidade regional e em cada nível de complexidade (BRASIL, 2006).

A EP é considerada uma aprendizagem significativa, por acontecer diretamente no ambiente de trabalho, onde as qualificações se dão frente às ações realizadas. O processo de capacitação do pessoal de saúde é estruturado a partir da problematização do desenvolvimento do trabalho, visando a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das populações, dos profissionais, da gestão setorial e do controle social em saúde (TAVARES, 2006).

No campo da saúde mental, a estratégia de EP tem por objetivo fomentar o que foi proposto pela RP, ou seja, articular o conhecimento profissional específico com a prática de saberes da rede envolvida no sistema de saúde, de modo que a formação da equipe seja interdisciplinar e que possibilite ao trabalhador um olhar ampliado para o adoecimento do sujeito. A RP questiona

³ Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são instâncias interinstitucionais e locorregionais com articulação e criação de novas ações e investimentos que contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde (BRASIL 2004b).

as atribuições dos saberes psiquiátricos em meio a mudanças de uma assistência manicomial para o cuidado territorial (*op.cit*).

O tema “álcool e outras drogas (ad)” indica um desafio dentro da RP, ao abordar a exclusão social e a vulnerabilidade, exigindo dos trabalhadores ações ampliadas de uma clínica complexa em que diferentes saberes teórico-técnicos-políticos necessitam ser revisados (SILVA; KNOBLOCH, 2016).

Portanto, a formação dos trabalhadores que atendem a essa população necessita de uma continuidade, atrelada ao cotidiano dos serviços, visto que o manejo adequado dos usuários, ultrapassa o conhecimento tradicional-acadêmico e engloba conhecimentos adquiridos na prática, considerando os valores dos trabalhadores que se comprometem com o trabalho (*op.cit*).

Dentro desta proposta, três eixos foram utilizados para solidificar teoricamente a prática e orientar a formulação da EP em saúde mental:

1- A organização do trabalho em saúde, com ênfase no processo de trabalho, tendo como perspectiva sua transformação através da construção de novas práticas;

2- A integralidade da atenção como princípio (re)orientador das práticas sanitárias e reorganizador dos serviços de saúde;

3- As bases para uma nova práxis pedagógica, crítica que promova a formação de um novo profissional, frente às demandas colocadas pela necessidade das políticas de saúde, que estão em constante transição (TAVARES, 2006).

5.2 DO ESTUDO À PRÁTICA DA APRENDIZAGEM

Tendo como referência a EP, as atividades em campo foram iniciadas, com o propósito de incorporar o ensino e o aprendizado ao dia-a-dia das organizações e a funcionalidade do trabalho. Acompanhei o processo de enfermagem instituído de um CAPS ad e a forma de trabalho realizado pela equipe de enfermagem dando assim, sentido às práticas e construindo um espaço de formação cotidiana com os profissionais, com o propósito de desconstruir os atos manicomiais.

A EP enquanto uma prática de formação, foi estruturada a partir do diálogo com os profissionais sobre as práticas realizadas e as práticas possíveis, embasadas pela literatura e descritas na lei, como também pelo encontro (individual e/ou coletivo) com os usuários e familiares possibilitando novas formas de pensar a prática, marcada por um “novo fazer”.

A clínica ad e a proposta de RD, nos convoca a pensar um ritmo de trabalho vivo, marcado por uma demanda trazida pelos usuários, que carregam consigo queixas constantes relacionadas aos sintomas corporais, simbolizando um pedido de contorno (SOUZA, 2007).

A equipe de enfermagem permanecia a maior parte do tempo ocupada pelas tarefas que cessasse a queixa inicial do usuário, direcionada por uma escala mensal de trabalho. Nesta escala poucas eram as possibilidades de composição dos técnicos de enfermagem com o processo de trabalho do restante da equipe.

A construção de uma rotina e de proximidade com a equipe de enfermagem, se fez necessário para cuidar da formação, uma vez que os trabalhadores se envolvia com a demanda trazida pelo usuário em um trabalho intenso e com poucas reflexões sobre a prática.

Discussões sobre o trabalho durante sua realização, reuniões de enfermagem e conversas individuais com os profissionais da equipe foram os meios utilizados para uma transformação no modo como era desenvolvido o trabalho.

As discussões estavam voltadas para a clínica de RD, em que o sujeito pudesse ser olhado a partir de uma ótica ampliada, e não apenas pelo uso momentâneo de determinada SPA's. A construção de um processo de trabalho enviesado pela EPS e das consultas de enfermagem com abordagem integral ao usuário, nasceram nas entrelinhas das discussões com os trabalhadores e das possibilidades de implementação de uma assistência que se aproximasse da demanda do usuário e das Diretrizes colocadas pela lei.

As ações educativas promoveram uma reflexão sobre a prática ancoradas ao exercício cotidiano do trabalho, com uma visão crítica baseada na realização das ações, de modo permanente na instituição. As atividades educativas foram abordadas com base na concepção da EP fomentada pelo Ministério da Saúde como política pública de formação e desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, entendendo a visão pedagógica do processo educativo que

permitiu analisar o cotidiano de trabalho e da formação em saúde, levando em consideração as relações concretas que operam a realidade e a construção de espaços coletivos no interior da equipe de enfermagem.

Foi possível dar voz a equipe de enfermagem e desmistificar o objeto de cuidado até então operacionalizado pelo núcleo da enfermagem, como 'doença mental', e pensar junto com eles outras possibilidades de cuidar, senão a normatização do sujeito na perspectiva da cura, da estabilidade, ou que o instável é drogado, suicida e perigoso. O movimento, a voz, a ocupação dos mesmos espaços que a equipe em geral se apropriavam, tornaram a equipe de enfermagem mais empoderada do seu processo de trabalho.

Os acolhimentos, as oficinas e os grupos tomaram outra forma. As assembleias foram ocupadas pela equipe de enfermagem e ficaram propositivas, circulava a palavra entre a equipe e os usuários. A funcionalidade do serviço foi tomando outra dimensão, a impressão da equipe em relação às oficinas era de um encontro com os usuários, de ouvir deles em um outro espaço, aquilo que nunca esperaram ouvir. Paulatinamente surgiram as construções de voz nas discussões, e a possibilidade de parceria no cuidado dos usuários.

As conversas mudaram o sentido, as sensações trazidas pela equipe, tomaram um caráter construtivo e propositivo, integrados à clínica ad, ao CAPS e aos atendimentos. Aos poucos, a equipe de enfermagem foi se inserindo nos acolhimentos, no apoio matricial.

A proposta era possibilitar que a equipe de enfermagem saísse dos meandros da instituição e que pudesse conhecer 'o corpo' integral do usuário e sua ocupação social. Havia uma potência contida na equipe de enfermagem, voltadas para as práticas que incluísse o sujeito, o que possibilitou às transformações.

A equipe de enfermagem, aos poucos foi se empoderando e construindo um novo espaço de trabalho. Participavam dos acolhimentos aos usuários, das oficinas terapêuticas e coordenavam os grupos. Com isso, as assembleias ficaram mais propositivas, rodava a palavra entre os funcionários e os usuários. Os passeios e festas foram constituídos com a participação dos usuários. Paulatinamente ocuparam as reuniões e discussões de Projeto Terapêutico Individual (PTS) e a possibilidade de parceria no cuidado dos usuários.

Ao apresentar uma oportunidade de cuidado, através das ações educativas, foi possível observar a equipe de enfermagem se apropriar do processo de trabalho, com condições de argumentar sobre o cuidado prestado, com desejo de compor outros espaços de cuidado, que se estendesse para além do núcleo de enfermagem.

As ações educativas possibilitaram repensar saúde, doença e cuidado e criar cuidados.

6 CONCLUSÃO

A Política de Educação Permanente em Saúde é uma ferramenta essencial utilizada para promover o desenvolvimento da formação profissional, responsável por realizar a interlocução entre o ensino e as ações e serviços e entre a docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para que se estabeleça uma relação local entre a formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, sendo ela, responsável pela agregação entre o aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade clínica e da promoção coletiva (BRASIL, 2007).

Para Tavares (2006), a EP é caracterizada como uma aprendizagem no trabalho, em que aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como base a aprendizagem e as possibilidades de transformar as práticas profissionais.

A EP deu sentido a uma construção em ato com a equipe de enfermagem, de um cuidado que incluísse a queixa real do usuário, ou seja, a possibilidade de atender o sujeito enquanto alguém que traz consigo, pelo viés dos sintomas corporais, a necessidade de ser ouvido, de ser inserido no serviço, na rede de apoio (seja ela de saúde, familiar, ou ao território).

7 REFERÊNCIAS

BRASIL (Estado). Constituição (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Portaria Nº 336/ GM em 19 de Fevereiro de 2002*: Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Brasília (DF): MS; 2002.

BRASIL. (Estado). (2002). Portaria Nº 816, de 30/04/2002. *PORTARIA Nº 816, DE 30 DE ABRIL DE 2002*. Brasília, DF: Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html. Acesso em: 12/12/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS, 1ª Edição*, Brasília (DF): MS; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília (DF):MS; 2004a.

BRASIL (Estado). Constituição (2004). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. *Portaria Nº 198/ GM em 13 de Fevereiro de 2004*: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): MS; 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (DF):MS; 2006.

BRASIL (Estado). Constituição (2007). Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. *Portaria Nº 1996/ GM em 20 de Agosto de 2007*: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS; 2007.

CARVALHO, S. R; FERIGATO, S; BARROS, M. E. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. In: TEDESCO, S; SOUZA, T. P. *Territórios da clínica: Redução de Danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2009. p. 141-156.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. 9ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS; 2007.

MACHADO, A. L.; COLVERO. L. A; RODOLPHO J. R. C. *Saúde Mental: cuidado e subjetividade*. Rio de Janeiro: Senac, 2013.

SILVA, D. L. S.; KNOBLOCH, F. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. *Interface: comunicação saúde educação*, Botucatu, v. 57, n. 20, p.325-335, jan. 2016.

SOUZA, T. P. *REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: A clínica e a política em movimento*. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

TAVARES, C. M. M. A EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 2, n. 15, p.287-295, jun. 2006. Semestral.

TEDESCO, S; SOUZA, T. P. Territórios da clínica: Redução de Danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S. R; FERIGATO, S; BARROS, M. E. (Org.). *Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.