

# *PROCESSO DE TRANSIÇÃO DOS CAPS AD EM CURITIBA: ESTUDO DE REVISÃO*

## TRANSITION CAPS AD IN CURITIBA: A REVIEW STUDY

### **Cláudia Ribeiro de Vasconcelos**

Docente. Especialista em Ciência Política (UNINTER) e Saúde Mental (AVM Faculdade Integrada).  
Centro Universitário Campos de Andrade  
profe.cv@hotmail.com

### **Gleudson Brandão Oselame**

Docente. Enfermeiro. Mestre em Engenharia Biomédica, Especialista em Saúde Pública (ISEPE-RONDON).  
Centro Universitário Campos de Andrade.  
gleidsonoselame@gmail.com

### **Denecir de Almeida Dutra**

Docente. Doutor em Geografia da Saúde (UFPR). Centro Universitário Campos de  
Andradedenecir.dutra@terra.com.br

## **RESUMO**

Objetivou-se descrever os aspectos históricos e políticos-sociais que envolveram a reforma da assistência psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito às políticas públicas de álcool, crack e outras drogas, enfocando a necessidade e importância do processo de transição dos CAPS ad para atendimento 24 horas e as implicações para a assistência de enfermagem. Constitui-se uma revisão bibliográfica em periódicos nacionais, livros, portarias, jornais, revistas e portais da cidade de Curitiba-PR. Seguindo a tendência do país, Curitiba aderiu aos movimentos e reivindicações reformistas e desde então vem contribuindo assertivamente ao Movimento da Reforma Psiquiátrica. O atual papel do enfermeiro, no cuidado aos portadores de transtornos mentais, passou a ser o de agente terapêutico que se integra a outros saberes formando um conhecimento mais amplo sobre o sofrimento humano, atuando em uma rede psicossocial e conduzindo para a prestação de uma assistência sistematizada que proporcione maior qualidade de vida às pessoas.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. CAPS ad III. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aimed to describe the historical and political-social aspects surrounding the reform of psychiatric care, especially with regard to public policies alcohol, crack and other drugs, focusing on the need and importance of the CAPS transition ad to meet 24 hours and the implications for nursing care. It is a literature review of national periodicals, books, ordinances, newspapers, magazines and portals of the city of Curitiba-PR. Following the trend of the country, Curitiba joined the movement and CLAIMS reformists and since then has contributed assertively to the Psychiatric Reform Movement. The current role of nurses in the care of people with mental disorders, became the therapeutic agent that integrates with other knowledge forming a broader knowledge of human suffering, acting on a psychosocial network and leading to the provision of assistance systematized to provide better quality of life to people.

**Key-words:** Mental health. Psychiatric Reform. CAPS ad III. Nursing.

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente novas terapêuticas no tratamento dos portadores de transtornos mentais têm sido adotadas na tentativa de uma maior integração entre o paciente e a sociedade, onde a saúde deve estar desvinculada da visão reducionista “ausência de doença”, assumindo um caráter holístico, multicausal e transdisciplinar, onde se preconiza a promoção, proteção, recuperação, assistência e prevenção, garantindo a qualidade de vida dos indivíduos, um direito constitucional dos cidadãos brasileiros (CARVALHO *et al.*, 2012).

Para se entender a saúde mental nos dias de hoje e a (re)construção de suas práticas, torna-se necessário recorrer ao contexto histórico do qual evoluiu, conhecendo as primeiras crenças, valores e tradições. Há registros de que o homem é acometido por doenças, incluindo as mentais, desde tempos remotos. Concomitantemente ao surgimento dos transtornos mentais, desenvolveu-se entre os povos a arte de cuidar, desempenhada por curandeiros, sacerdotes e outros detentores de um conhecimento empírico influenciados pelo pensamento da época (BRASIL, 2001).

Sem o conhecimento científico para explicar o mundo, como fenômenos da natureza, existência humana, o adoecer e o morrer, o homem da Antiguidade criou respostas míticas sobre fatos de acordo com suas possibilidades. As causas estavam relacionadas ao

sobrenatural, feitiçarias ou vontade dos deuses e astros; e como terapêutica utilizaram poções e rituais diversos (BRASIL, 2001).

Na Idade Média a loucura foi associada à possessão demoníaca e os endemoniados deveriam ser curados nas fogueiras, patíbulos de suplícios ou submetidos ao exorcismo (BRASIL, 2001).

Na Idade Moderna iniciam as construções de abrigos para as pessoas que não se enquadravam no padrão que a sociedade preconizava. Esses locais não tinham propostas terapêuticas e se tornaram palco de isolamento, discriminação e reclusão de pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2001).

Somente a partir do século XVIII, com Philippe Pinel (1745-1826), a loucura passou a ser considerada como uma doença mental e passível de tratamento, caracterizando a primeira revolução psiquiátrica da história da humanidade. Pinel encontrou nos porões das instituições, pessoas acorrentadas às paredes fétidas e úmidas, alguns há quase meio século, condenadas pelo crime de serem portadoras de um transtorno mental. Separou os doentes mentais dos demais marginalizados, os libertou das correntes e criou o primeiro método para tratamento a ser seguido em todo o mundo (BRASIL, 2001).

No Brasil, adotou-se o modelo de tratamento em saúde mental semelhante aos existentes na Europa, com internação em instituições com arquitetura baseada nos asilos europeus e tratamento centrado no isolamento e tratamento moral preconizados por Pinel. Ao longo dos anos a superlotação se intensificou e as instalações se tornaram precárias e descuidadas. Esta situação se mostrou mais iatrogênica do que reabilitadora, levando o portador de transtorno mental à exclusão do meio familiar e da sociedade por períodos prolongados, para alguns, por toda a vida (AMARANTE, 2003).

O enfermeiro não exercia um papel terapêutico, pois sua atuação era voltada à manutenção da ordem no local. O conhecimento da enfermagem sobre os alienados era a do senso comum, as pessoas eram consideradas ameaçadoras e merecedoras de reclusão. Até mesmo o ensino profissionalizante seguia o modelo asilar com ênfase no confinamento e vigilância (CARVALHO, 2012; VILLELA; SCATENA, 2004).

Nas três últimas décadas do século XX, intensificaram-se as denúncias de desassistência, uso de técnicas e meios inadequados punitivos e maus tratos das instituições psiquiátricas do Brasil (AMARANTE, 2006; VILLELA; SCATENA, 2004).

Segundo Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica envolve quatro dimensões por onde busca transformações, teórica, assistencial, jurídica e sociocultural. Entende-se como Reforma Psiquiátrica:

[...] um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p.6).

Conforme o Ministério da Saúde, a atual organização da assistência na área da saúde mental no Brasil, em consequência da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, é composta por uma rede de serviços extra-hospitalares com estruturas substitutivas, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que visam o tratamento para portadores de dependência química e de outros transtornos mentais em todos os ciclos vitais (BRASIL, 2005).

Inicialmente foram inaugurados no território brasileiro os CAPS I e II com funcionamento e atendimento à população no período diurno e, na sequência, foram sendo realizadas as transições para os CAPS III com acolhimento noturno através dos leitos de observação 24 horas, de forma a substituir os leitos dos hospitais psiquiátricos.

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução de riscos e danos associados à dependência química, o Ministério da Saúde, conforme Portaria n. 130 de 26 de janeiro de 2012, redefine e

o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas, denominado CAPS ad III (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em Curitiba-PR, os primeiros leitos para internamento 24 (vinte e quatro) horas para portadores de dependência química em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram inaugurados em agosto de 2012 e desde então vem aumentando de forma a suprir a demanda de portadores deste transtorno mental com algum tipo de conflito psicossocial que os impeça de voltar para casa e necessitam de atenção integral e contínua como cuidados para desintoxicação (TRISOTTO, 2012).

Os CAPS ad III têm o desafio de ser um dos principais serviços públicos de atenção ao adulto usuário de álcool e outras drogas em período integral dentro das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, o estudo de como estão se consolidando as ações em saúde mental deste novo modelo de atendimento 24 horas bem como a caracterização do perfil do usuário que busca este leito é necessário para o conhecimento da realidade do tratamento à problemática na cidade estudada, possibilitando discussões entre os resultados obtidos e as proposições das atuais políticas públicas do Brasil.

Esta nova realidade exige outros modelos de cuidados, práticas e teorias, conduzindo para a prestação de uma assistência sistematizada de maior qualidade (CARVALHO *et al.*, 2012). A enfermagem se modificou e seu papel não é mais o de vigiar, punir, conter e medicar, mas o de agente terapêutico que se integra a outros saberes para formar um conhecimento mais amplo sobre o sofrimento humano, atuando em uma rede psicossocial (FRAGA *et al.*, 2000). Desta forma, o objetivo desta revisão foi descrever os aspectos históricos e políticos-sociais que envolveram a reforma da assistência psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito às políticas públicas de álcool, crack e outras drogas, enfocando a necessidade e importância do processo de transição dos CAPS ad para atendimento 24 horas e as implicações para a assistência de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo para a caracterização do processo de transição dos CAPS ad de atendimento 24 horas na cidade de Curitiba-PR. A metodologia utilizada é revisão através de autores relacionados à temática. A pesquisa teórica foi realizada através de consultas em livros-texto, revistas, jornais, portarias, portais da cidade e artigos científicos em publicações indexadas em bases de dados da internet.

A revisão de artigos científicos realizou-se nas bases de dados da Scielo e outras revistas eletrônicas. Optou-se pela Scielo como fonte de pesquisa por permitir o acesso completo aos textos e por ser um reconhecido acervo eletrônico de produção científica brasileira. Os descritores foram “CAPS”, “Reforma Psiquiátrica”, “história da psiquiatria”, “saúde mental”, “enfermagem psiquiátrica”.

Localizaram-se os artigos sobre a temática e efetivou-se a leitura dos títulos e resumos para examinar critérios do estudo. Selecionaram-se as publicações que correspondiam aos objetivos para analisar na íntegra, sendo os demais descartados.

Após leitura do material selecionado, procurou-se construir um texto que abarcasse a compreensão do processo de transição dos CAPS ad de Curitiba com vistas a contribuir como fonte de pesquisa para o aperfeiçoamento da equipe de saúde, em especial a enfermagem enquanto agente responsável pela promoção da qualidade de vida da população.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Aspectos históricos e a Política de Saúde Mental de Curitiba**

A atenção em saúde mental no município de Curitiba-PR é marcada pela inauguração da primeira instituição psiquiátrica paranaense em 1903, o Hospital Nossa Senhora da Luz. Com práticas vinculadas à Igreja Católica e pouco ocupadas por profissionais da área da *Revista Saúde e Desenvolvimento* | vol. 8, n.4 | jul-dez. 2015

saúde mental, aos poucos a história deste hospital se assemelhou ao primeiro hospital brasileiro no Rio de Janeiro, o Hospital de Pedro II (1852), passando também a compor práticas alienistas (HOLZMANN; LACERDA; FREITAS; 2008).

Em 1945, foi inaugurado o Sanatório do Bom Retiro ligado à Federação Espírita do Paraná. Em 1954, o Hospital Colônia Aduino Botelho, localizado na região metropolitana da capital (Pinhais), sendo um dos pavilhões utilizado como manicômio judiciário de atendimento público e estadual. O Paraná tornou-se um dos grandes centros de tradição hospitalar, com vários leitos de psiquiatria em funcionamento hospitalocêntrico e medicalocêntrico e, com o tempo, começou a apresentar a mesma problemática de superlotação e desassistência do Hospital de Pedro II e das outras instituições psiquiátricas brasileiras (HOLZMANN; LACERDA; FREITAS; 2008).

Em 1976, foi inaugurado um serviço público de urgência e emergência psiquiátrica que atualmente é denominado Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), destinado ao pronto atendimento e tratamento ambulatorial de pessoas portadoras de transtorno mental da região metropolitana de Curitiba (HOLZMANN; LACERDA; FREITAS; 2008).

Seguindo a tendência do mundo e diversos pontos de todo o país, Curitiba aderiu aos movimentos e reivindicações sobre a assistência em saúde mental, aderindo e contribuindo ao Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Atualmente a Política de Saúde Mental de Curitiba é estruturada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é composta por vários serviços de referência e todos os níveis de complexidade para acolhimento e tratamento de usuários com transtornos mentais, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se articulam com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além dos Hospitais Gerais (PORTAL DA SAÚDE DE CURITIBA).

Fruto da Reforma Psiquiátrica brasileira das últimas décadas, os CAPS tratam-se de serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos mentais. São serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), abertos e comunitários, com *Revista Saúde e Desenvolvimento* | vol. 8, n.4 | jul-dez. 2015

base territorial, fortemente articulados com toda a rede de saúde. Os CAPS se constituem como lugar de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, cuja severidade e/ou persistência demandem um cuidado intensivo, incluindo os transtornos relacionados ao uso abusivo e crônico de substâncias psicoativas (SPA) e também aos adultos, crianças e adolescentes com sofrimento mental (PORTAL DA SAÚDE DE CURITIBA).

A inclusão dos princípios do CAPS tornou-se concreta no país, dentre outros, com a regulamentação das Portarias Ministeriais 224/1992 e 336/2002, que tratam, respectivamente, da criação e da regulamentação de rede diversificada de assistência que visa a substituição progressiva dos serviços de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; 2002).

A portaria de 336/2002 que regulamentou os CAPS e os redefiniu, também os classificou em ordem crescente, segundo a abrangência populacional, a complexidade de atenção e a população alvo (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

O CAPS I trata-se de um serviço de atenção psicossocial diurno com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III, população acima de 200.000 habitantes com acolhimento noturno; CAPS i, atendimento a crianças e adolescentes; e CAPS ad, atendimento de dependentes químicos.

Com normas de funcionamento na rede de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu incentivos financeiros e de custeio através da Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012. Tal documento trata de implantação de leitos e unidades de atenção integral à saúde mental como serviço de retaguarda à rede de atenção à saúde mental, diretamente ligada aos serviços de urgência e emergência, unidades básicas de saúde e centros de atenção psicossocial. (BRASIL, 2012).

Atualmente no município de Curitiba estão em funcionamento aproximadamente 10 (dez) CAPS subdivididos em CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS i ad III, CAPS ad e CAPS ad III. O primeiro CAPS III, ou seja, de funcionamento 24 horas, foi o Centro Vida, especializado no

*Revista Saúde e Desenvolvimento | vol. 8, n.4 | jul-dez. 2015*



atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais com ênfase aos relacionados à SPA, implantado no final de agosto de 2012 pela Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando o pernoite a cinco usuário sem isolá-los da sociedade como era o sistema manicomial (PORTAL DA PREFEITURA DE CURITIBA).

A partir de abril de 2013, outros CAPS em variados pontos de atenção da cidade foram adaptados para funcionar em tempo integral. Atualmente estão em funcionamento 24 horas, o ad III Portão com nove leitos, ad III Cajuru com doze leitos, ad III Bairro Novo com seis leitos e outros dois com atendimento especializado em outros transtornos mentais, o CAPS III Boqueirão com oito leitos e o Boa Vista III com oito dez leitos. Há perspectivas que no próximos dois anos outros CAPS passem a ter funcionamento integral sob a supervisão da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (PORTAL DA PREFEITURA DE CURITIBA).

De acordo com a Portaria n. 130/2012, o CAPS ad III é um serviço aberto e de base comunitária e funciona segundo a lógica do território, fornecendo atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo SPA durante as 24 horas do dia, inclusive finais de semana e feriados. Trata-se de um lugar de referência de cuidado e proteção para pessoas em situações de crise e maior gravidade, como recaídas, dificuldade para manter abstinência, síndromes de abstinência, ameaças de morte, dentre outras. O público dos CAPS com acolhimento noturno são os adultos em sua maioria, mas também podem atender crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A equipe inter/multidisciplinar, mediante avaliação, poderá oferecer o leito por um período curto de dias buscando a desintoxicação ambulatorial, redução de danos, melhora das condições básicas gerais e assim que possível, a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS apoia usuários e sua família na busca de independência e responsabilidade para com o tratamento. O cuidado é sempre realizado através de Projetos Terapêuticos singulares (PTS), norteados pelos direitos humanos. Seu funcionamento

acontece em rede de suporte social, reforçando e garantindo a qualidade de suas ações, preocupando-se com a pessoa e sua história (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

### **Prejuízos advindos do uso abusivo e crônico de SPA**

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando o cenário epidemiológico, os transtornos mentais estão entre as condições crônicas, graves e incapacitantes mais prevalentes, podendo afetar pessoas em várias fases da vida e de todas as classes sociais. Dentre estes transtornos, destacam-se a depressão unipolar e bipolar, a esquizofrenia, o retardo mental, transtornos com início na infância e adolescência, aqueles com uma base orgânica como o Alzheimer, bem como aqueles decorrentes ao uso abusivo e crônico de SPA como o álcool, crack e as outras drogas (OMS, 2002).

Reforçam ainda Cesar Gomes Victora et al (2011), que a maior parte da carga originada por transtornos mentais deve-se à depressão, psicoses e transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool.

Os prejuízos decorrentes do acometimento por transtornos mentais são alarmantes, pois estima-se que em torno de 30,8% das pessoas que vivem com incapacidade têm como causa base algum transtorno mental, com destaque ao espectro da depressão em 12% do total (OMS, 2002).

Quanto ao consumo de SPA, sobretudo o álcool, a OMS estima que dois bilhões de pessoas no mundo consumam bebidas alcoólicas, seu uso abusivo contribuindo para a morte precoce. Na América Latina, encontra-se um índice maior, sendo o álcool responsável por 16% dos anos de vida útil perdidos (BRASIL, 2007).

Segundo pesquisa realizada por Souza e Oliveira (2010), o álcool é a SPA mais consumida no Brasil, constituindo em um grave problema de saúde pública, uma vez que, de acordo com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), essa condição atinge 5 a 10% da população adulta brasileira.

Para Souza e Oliveira (2010, p. 672), o perfil do abusador de SPA compreende:

[...] homens e mulheres, de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação. Atinge inclusive, bebês recém-nascidos que herdaram doenças e/ou a dependência química de suas mães toxicômanas.

Devido prejuízos diversos advindos das SPA e alto índice de seu uso e abuso, as drogas lícitas e ilícitas tem sido objeto de estudo em todo o mundo. Seus efeitos negativos tornam instáveis as estruturas sociais, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais da população e infligem considerável prejuízo, estando associados aos gastos com tratamento médico e internação hospitalar (clínica e psiquiátrica), aumento dos índices de acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, da violência urbana e doméstica, mortes prematuras, queda da produtividade dos trabalhadores e problemas com a justiça (BRASIL, 2005; SOUZA, OLIVEIRA, 2010).

Enfatizam Cesar Gomes Victora *et al.*, (2011) que, em muitos aspectos, as bebidas alcoólicas e outras drogas, juntamente com a grande quantidade de armas de fogo em circulação, índice elevado de pessoas intoxicadas no trânsito e envolvidas em conflitos interpessoais (urbanos e domésticos), formam um pano de fundo para a violência e mortalidade no Brasil. Uma pesquisa realizada em Curitiba, por exemplo, aponta que 76,2% dos envolvidos em homicídios entre 1990 e 1995 estavam intoxicados por cocaína na hora do crime. Essa realidade tem custos emocionais e sociais de grande envergadura, levando à ruptura de famílias, causando sofrimento, revolta, medo e desespero, além de vários transtornos clínicos e mentais.

Para Monteiro *et al.*, (2011), abusadores de SPA quatro vezes mais hospitalizados que a população em geral.

Com relação aos diagnósticos que justificaram o alto índice de internações, observa-se a síndrome de abstinência ao álcool; intoxicação aguda pelo álcool; psicose alcoólica; dependência de cannabis, cocaína ou crack; dependência de múltiplas drogas; e dependência de múltiplas drogas associada à esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar ou depressão (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Dentre os principais sinais e sintomas presentes nos internamentos, estão agitação psicomotora, agressividade, tremores, insônia, alucinações audiovisuais, delírios, sudorese, desorientação mental, episódio convulsivo, alucinações audiovisuais, tremores, vômitos e ansiedade (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Sobre a necessidade de tratamento, compreendem o risco de complicações, necessidade de tratamento psiquiátrico, risco para si mesmo e/ou terceiros, além de um alto índice de comorbidades tanto clínicas quanto psiquiátricas (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Com relação ao perfil sociodemográfico das pessoas que buscam internamento devido identificação de prejuízos diversos, várias pesquisas indicam a prevalência do sexo masculino, a faixa etária adulta, estado civil solteiro, religião católica, uso do álcool isolado e do álcool associado a outras drogas. Grande parte iniciou o consumo de SPA precocemente e apresenta anos de uso abusivo; com o passar dos anos agrava-se o prognóstico, comprometendo cada vez mais as atividades do dia a dia e as funções biopsicossociais (MONTEIRO *et al.*, 2011; SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

### **Assistência de Enfermagem nos CAPS AD**

Desde os primórdios da sua existência, a prática de enfermagem psiquiátrica esteve marcada pelo modelo controlador e repressor. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram os tratamentos preconizados e, geralmente, aplicados por carcereiros, religiosas e pelo pessoal de enfermagem, tendo as atividades realizadas por leigos e guiadas

pelo senso comum, entendendo o portador de transtorno mental como ameaçador e, por isso, sujeito à reclusão (VILLELA; SCATENA, 2004).

No século XVIII, a assistência de enfermagem se dava dentro da perspectiva do tratamento moral e isolamento de Pinel. O papel terapêutico atribuído às enfermeiras treinadas, na época, era o de assistir o médico e manter a vida (higiene, alimentação e procedimentos prescritos). Com o tempo foi se exigindo da enfermagem uma assistência mais qualificada, fazendo com que sua prática fosse desenvolvida com a utilização de habilidades específicas, caráter científico e valorização das relações interpessoais e humanísticas, acompanhando as revoluções psiquiátricas e político-sociais, o nascimento da psicologia e a descoberta das medicações psicotrópicas, surgindo assim modelos teóricos e práticas sistematizadas do cuidado em saúde mental (VILLELA; SCATENA, 2004).

Nas últimas décadas, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, os enfermeiros passaram a atuar nas instituições extra-hospitalares, com ênfase nos CAPS, e a atenção do profissional de enfermagem direcionou-se a novas formas de cuidar, desconstruindo o modelo hospitalocêntrico e medicalocêntrico, militando em prol da Luta Antimanicomial, dos direitos humanos e garantindo a prevenção e promoção da saúde mental (VILLELA; SCATENA, 2004).

Um dos pressupostos estabelecidos pelas Portarias n. 336/2002 e n. 130/2012 é que o enfermeiro faça parte da equipe mínima dos CAPS ad e que este possua experiência e/ou formação na área de saúde mental de forma a obter preparo técnico-científico para atender à demanda dos dependentes de SPA.

Ao receber formação específica nessa área do conhecimento o enfermeiro poderá adquirir maior compreensão de seu espaço de atuação na equipe e se sentir mais bem preparado para promover uma assistência com qualidade (VARGAS; DUARTE; 2011).

O modelo psicossocial dos CAPS requer nova abordagem, o cuidado em saúde mental é representado por momentos de interação entre profissional e paciente, visando crescimento, autonomia e desenvolvimento de quem é cuidado. Cada paciente tem um plano de tratamento individualizado que respeite sua particularidade e personalize seus

atendimentos segundo sua necessidade. Desta forma, proporciona melhora na qualidade de vida desse sujeito por meio de vínculo afetivo e social, exigindo da enfermagem conhecimentos pautados na Reforma Psiquiátrica, iniciativa e criatividade (SOARES *et al.*, 2011).

Os CAPS ad são dispositivos substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico e cabe-lhes realizar o acolhimento e a atenção às pessoas que usam SPA de forma abusiva e crônica considerados em situação grave de sofrimento mental. Os leitos de observação 24 horas dos CAPS ad III são destinados, sobretudo, àqueles que apresentam dificuldade para manter abstinência e necessitam de auxílio para desintoxicação ou estão em outras situações graves, o que demanda atendimento especializado do enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O enfermeiro que atua nos CAPS executa atividades referentes ao seu núcleo de domínio e outras exclusivas da saúde mental. O processo de enfermagem no geral, é igual ao dos outros pacientes, alguns pontos, entretanto, são específicos da área (CARVALHO *et al.*, 2012).

Com relação ao seu núcleo de conhecimento, o enfermeiro é responsável por questões assistenciais e administrativas, como administração de medicamentos, controle do estoque e realização do pedido de medicamentos e materiais, realiza e/ou supervisiona procedimentos como coleta de exames e venóclise, acompanhando de forma mais próxima aqueles que apresentam alguma comorbidade clínica ou psiquiátricas de urgência (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Os espaços de inserção do enfermeiro nos CAPS enquanto profissional da saúde mental, se dá nos grupos terapêuticos, oficinas e reuniões de equipe, sendo fundamental a inserção afetiva na dinâmica do serviço. Além disso o acolhimento, primeiro contato do usuário com o serviço, caracteriza-se como espaço do enfermeiro. Ao enfermeiro é garantida a possibilidade de participar da composição do projeto de tratamento dos usuários e participar como técnico de referência. O trabalho é realizado de forma flexível na divisão de trabalho entre a equipe multidisciplinar, com a participação do enfermeiro de forma

ampliada e valorizada e diferente da característica do modelo hospitalar, onde as relações de trabalho são hierarquizadas de forma vertical (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

As reuniões de equipe constituem-se espaços onde se concretiza a operacionalização da interdisciplinaridade como um espaço de troca e escuta entre toda a equipe, cada qual contribuindo com seu campo específico de conhecimento, construindo um saber mais amplo para a proposta terapêutica. A inserção do enfermeiro nos CAPS pode ser facilitada pelo bom relacionamento interpessoal que procura estabelecer com sua equipe e pelo aprimoramentos dos conhecimentos sobre a sistematização da assistência em saúde mental (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Para Dalgarrondo, o psiquiatra, o psicólogo e o enfermeiro em saúde mental são como “[...] um perito do campo das relações interpessoais, ou seja, um *expert* em realizar entrevistas que sejam realmente úteis, pelas informações que fornecem e pelos efeitos terapêuticos que exercem sobre os pacientes” (2008, p. 66).

Assim, a técnica em realizar entrevistas em saúde mental são imprescindíveis para a correta e individualizada formulação de diagnósticos, com destaque ao exame do estado mental (EEM), tornando necessários amplos conhecimentos do enfermeiro sobre psicopatologia. Além disso, para uma implementação de cuidados de enfermagem eficiente, o enfermeiro precisa ter capacidade de comunicação, observação e postura empática, habilidades que podem ser aprendidas e treinadas (CARVALHO *et al.*, 2012; DALGALARRONDO, 2008).

Pesquisa realizada pelos autores Vargas, Oliveira e Duarte, aponta as dificuldades atuais que o enfermeiro encontra para ocupar seu espaço na saúde mental, em especial nos CAPS ad:

[...] os CAPS ad possibilitam ao enfermeiro exercer suas práticas de forma ampliada, no entanto, o mesmo tem encontrado dificuldade para ocupar esse novo espaço, e existe a tendência de o mesmo transpor para esse cenário sua práticas clínico-hospitalares, para as quais se encontra melhor preparado. Como causas desse fenômeno, pode-se apontar a carência de preparo de enfermeiro, para a atuação nas questões relacionadas às

substâncias psicoativas, e o pouco conhecimento de conteúdos específicos que favoreçam sua inserção no campo de práticas desses cenários. A carência de formação para a atuação no campo das substâncias psicoativas parece se construir no maior obstáculo a ser superado, no que se refere à efetiva inserção do enfermeiro na equipe dos CAPS ad (2011, p. 08).

Como meio de solução à problemática apresentada, os mesmos autores reforçam:

[...] É necessário repensar a formação do enfermeiro generalista para atuação nesses novos dispositivos de saúde mental, preparando-os para agir não só em seu núcleo específico de saber, mas, também, fundamentá-lo com conhecimentos oriundos do campo coletivo das práticas, oferecendo-lhes instrumentos que possibilitem a superação de prática que tem se espelhado no modelo hospitalar e pouco tem acrescentado à melhoria da assistência de enfermagem, na atenção psicossocial a pessoas com transtornos relacionados às substâncias psicoativas (2011, p. 08).

Portanto, cabe ao enfermeiro a capacitação técnica e terapêutica para promover cuidados às pessoas com transtornos mentais e atuar frente às demandas psíquicas do paciente. A sistematização da assistência de enfermagem é ferramenta imprescindível e permite ao enfermeiro planejar o cuidado individualizado à pessoa com transtorno mental, construindo uma práxis mais eficaz no que se refere à reabilitação psicossocial (CARVALHO *et al.*, 2012).

## **CONCLUSÃO**

Seguindo a tendência brasileira, a cidade de Curitiba, embora capital de um estado tradicionalmente hospitalocêntrico, aderiu aos movimentos e reivindicações reformistas de repercussão mundial e vem contribuindo assertivamente ao Movimento da Reforma Psiquiátrica.



A partir de 2012 aconteceram os primeiros processos de transição de CAPS II para CAPS III e desde então outros CAPS vêm se estruturando para suprir às demandas da população com transtornos mentais relacionados ao álcool e outras drogas.

Os CAPS ad III têm o desafio de ser um dos principais mecanismos de consolidação das prerrogativas das políticas de atenção ao usuário de substâncias psicoativas. Dessa forma, o tratamento nestes serviços podem incluir a utilização de leitos de hospitalidade noturna voluntária, como opção terapêutica. Utiliza a estratégia de redução de danos, não sendo exigida a abstinência para inserção no tratamento, com diferentes meios para trabalhar prejuízos decorrentes do uso abusivo, ofertando também assistência aos familiares de usuários de drogas, com orientação e apoio especializados. O usuário do SUS deve identificar e reconhecer prejuízos em alguma área de sua vida decorrentes o uso de álcool ou outras drogas (saúde, social, familiar, profissional), tornando-se corresponsáveis pelo seu tratamento.

O trabalho do enfermeiro transformou-se, ao longo dos anos, com o surgimento de novas políticas de saúde mental, exigindo novos modelos de cuidado, práticas e teorias, conduzindo para a prestação de uma assistência sistematizada que proporcione maior qualidade de vida à população. O papel do enfermeiro, no cuidado aos portadores de transtornos mentais, passou a ser o de agente terapêutico que se integra a outros saberes para formar um conhecimento mais amplo sobre o sofrimento humano, atuando em uma rede psicossocial.

Em sua assistência descontrola estereótipos sobre a loucura, respeita o paciente como um sujeito de direitos, facilita a reinserção social e a autonomia, valoriza o acolhimento, escuta e vínculo, tendo como estratégia principal o planejamento terapêutico singular alicerçado em fundamentos humanizados e científicos.

Esta revisão não teve a pretensão de esgotar o assunto, mas alertar para a importância do despertar para a efetiva busca de novos caminhos do cuidado, contribuindo para o pensamento crítico e científico. Futuros enfermeiros necessitam de uma formação acadêmica que desenvolva conhecimentos, habilidades e competências para o mercado

profissional, pois é fundamental que o trabalhador da enfermagem esteja capacitado para uma assistência reformista que garanta a correta análise das condições de saúde da população e realize intervenções assertivas no campo de promoção da saúde e prevenção de agravos psiquiátricos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003. v.3.

\_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Caderno Brasileiro de Saúde Mental. V.1, n.1, Jan-Abr, 2009. 1 CD-ROM.

BRASIL. Saúde Mental. In: Revista Formação. Brasília: Ministério da Saúde / PROFAE. Janeiro de 2001, vol. 07.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smdados4.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf)>. Acesso em 13 de dezembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 148, de 31 de Janeiro de 2012. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 de fevereiro de 2012. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)>. Acesso em: 13 de dezembro de 2014.

CARVALHO, M. C. (org.). *Psiquiatria para a Enfermagem*. São Paulo: Rideel, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: [http://www.ee.usp.br/pesq/doc/resolucao\\_196-96.pdf](http://www.ee.usp.br/pesq/doc/resolucao_196-96.pdf). Acesso em 19 de fevereiro de 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 66.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A. E.; SANTOS, M. S. O. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: a experiência em um CAPS de Fortaleza. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Cadernos do IPUB 2000, 6(19):188-201.

HOLZMANN, E. R. F.; LACERDA, M.C.H.; FREITAS, M.C. D. Uma discussão sobre a inserção do Centro Psiquiátrico Metropolitano na Reforma Psiquiátrica. In: Gestão de Políticas Públicas no Paraná: Coletânea de Estudos. Curitiba: Editora Progressiva, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0130_26_01_2012.html). Acesso em 19 de fevereiro de 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm). Acesso em 21 de fevereiro de 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em 21 de fevereiro de 2014.

MONTEIRO, C. F. S.; FÉ, L. C. M.; MOREIRA, M. A. C.; ALBUQUERQUE, I. E. M.; SILVA, M. G.; PASSAMANI, M. C. Perfil Sociodemográfico e Adesão ao Tratamento de Dependentes de Álcool em CAPS-AD do Piauí. Escola Ana Nery, jan-mar 2011, 15(1):90-95.

OMS. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, 2002.

PORTAL DA PREFEITURA DE CURITIBA. Disponível em <http://www.curitiba.pr.gov.br/>. Acesso em 21 de fevereiro de 2014.

PORTAL DA SAÚDE DE CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>. Acesso em 21 de fevereiro de 2014.

SOARES, R. D.; VILLELA, J. C.; BORBA L. O.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M. A. Papel de Equipe de Enfermagem no CAPS. Escola Anna Nery, jan-mar 2011, 15(1):110-115.

SOUZA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das Internações de Dependentes Químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. Ciência & Saúde Coletiva, 2010, 15(3):671-677.

TRISOTTO, Fernanda. CAPS Centro Vida passa a funcionar 24 horas. Jornal Gazeta do Povo, Curitiba - PR, 27/08/2012. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=1290978>. Acesso em 21 de fevereiro de 2014.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, jan-mar 2011, 20(1):119-26.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; DUARTE, F. A. B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, São Paulo, jan-fev 2011, 19(1):[09 telas].

VICTORA, C. G. et al. Saúde no Brasil: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A Enfermagem e o Cuidar na Área da Saúde Mental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, nov-dez 2004, 57(6):738-41.

*Revista Saúde e Desenvolvimento | vol. 8, n.4 | jul-dez. 2015*