



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DAIANA GLEICE RAMOS SANTOS

**ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS.**

SANTO ANTONIO DE JESUS

2016

DAIANA GLEICE RAMOS SANTOS

**ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS.**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Com orientação da prof^a. Ms. Sinara Vera.

SANTO ANTONIO DE JESUS

2016

DAIANA GLEICE RAMOS SANTOS

**ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS.**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovada em 01 de agosto de 2016.

Banca examinadora

Prof^a. Ms. Sinara Vera (Orientadora)

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Enf^a Karina Nhoque Barquila

Enf^a Especialista em Saúde Mental pela UESC

Enf^a Maria de Lourdes Sampaio

Enf^a Especialista em Saúde Coletiva

Agradecimentos

Agradeço imensamente a DEUS pela sua constante presença na minha vida e por me auxiliar, dando-me sabedoria, garra e discernimento. A minha família – sobretudo aos meus avós Nilza e Wilson (in memória) pelo amor incondicional, gostaria muito que estivessem aqui compartilhando esse momento de felicidade. À minha mãe (Renilza), que se doou e aceitou viver comigo o desafio de fazer esse sonho dar certo, o meu eterno amor e gratidão. Agradeço-lhe pela dignidade e amor que sempre me dedicou, e por muitas vezes abdicar dos seus sonhos para concretizar os meus. Você é meu exemplo, devo-te tudo que sou: amo você. Ao meu irmão Johnny, a quem amo muito. A minha madrinha Jane e tia Tânia, pelos conselhos, amizade e apoio. Aos meus grandes amigos e amores por dividir comigo os sorrisos, lágrimas e angústias: Pricila, Cláudio, Ygor, Ana, Rodrigo e Rê. A vocês que transformaram a minha estadia em SAJ mais colorida e feliz: Line, Juninho, Lidi, Dan, Uilma e Lore. A minha “parça” dos estágios supervisionados Raísa, como pode me fazer rir até nas segundas-feiras?! A Cláudia, Silvio, Luiz Favero e Sinara: vocês são meus exemplos, tenho muito orgulho, admiração e amor por vocês. Obrigado por me fazer acreditar que podemos ser profissionais qualificados, sem deixar de ser humanos. À PROPAAE em especial a Silvia, Anderson e Sr. Roberto, pelo acolhimento, carinho e paciência. A UFRB, a residência universitária do CCS e ao MCE, muito obrigado por tudo!

“Agradeço a Deus todas as dificuldades que enfrentei se não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito” (Chico Xavier).

RESUMO

Introdução: A reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu devido à ineficiência da assistência em saúde, trazendo uma nova perspectiva para o cuidado em saúde mental e uma reorientação deste modelo de cuidado, proporcionando à construção de uma política de saúde, oposta a lógica manicomial, baseando-se no processo de humanização da assistência psiquiátrica. Nesses novos dispositivos, no que se refere à composição da equipe de saúde do CAPS, deve haver a obrigatoriedade do profissional enfermeiro. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, para a identificação dos artigos, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “História da Psiquiatria”, “Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas”, “Atribuições do Enfermeiro,” para consulta à Biblioteca Virtual em Saúde-BVS. Foram encontrados 120 artigos, os estudos foram selecionados primeiramente pelo título, posteriormente pelo resumo, sendo incluídos na amostra inicial 59 artigos. Após a leitura na íntegra e minuciosa das publicações selecionadas para o estudo procedeu-se a exclusão de 18 artigos por não responderem a questão de pesquisa, sendo incluídos na amostra final 41 artigos. **Resultados e discussões** foram abordados as seguintes temáticas: levantamento histórico da reforma psiquiátrica no país, contribuições da reforma psiquiátrica na história da psiquiatria, atribuições do enfermeiro na saúde mental e no CAPS ad, importância dos enfermeiros para os serviços, e suas dificuldades e potencialidades. Na composição da equipe de saúde do CAPS ad, deve haver obrigatoriamente um enfermeiro, no mínimo, podendo ter dois ou mais. Os enfermeiros deste serviço desenvolvem funções de gerência e assistência à saúde, atuando no cuidado integral, que vai desde a triagem a inserção desses indivíduos nas terapias grupais, bem como o desenvolvimento e melhora do estado de saúde deste usuário. **Considerações finais:** É necessário que o profissional enfermeiro use a sua criatividade, para desenvolver as atividades, e que as atividades na assistência a saúde estejam ajustadas aos objetivos do serviço, trazendo benefícios e uma resposta ao indivíduo em sofrimento psíquico e na promoção da saúde do usuário, da comunidade, da família e de todos os envolvidos no processo de cuidar em saúde.

Palavras Chave: História da Psiquiatria, Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas e Atribuições do Enfermeiro.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric reform in Brazil was due to the inefficiency of health care, bringing a new perspective to mental health care and a reorientation of the care model, providing the construction of a health policy, as opposed to mental institutions, based on humanization process of psychiatric care. These new devices, with regard to the health team composition CAPS, should there was the obligation of the professional nurse. **Methodology:** This is a literature review to identify the articles, the following descriptors were used in Health Sciences (DeCS): "History of Psychiatry", "Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs", "Duties of the Nurse", "query to the Virtual Health Library-VHL. 120 articles were found, the studies were first selected for the title, then the summary, being included in the initial sample 59 articles. After reading in full and thorough of selected publications for the study proceeded to the exclusion of 18 articles not answer the research question being included in the final sample 41 articles. **Results and discussions:** The following topics were discussed: historical survey of the psychiatric reform in the country, contributions of psychiatric reform in the history of psychiatry, nursing assignments in mental health and CAPS ad, importance of nurses for the services, and their difficulties and potentialities. In the health team composition CAPS ad, there must be a nurse must, at least, may have two or more. Nurses develop this service management and health care functions, working in comprehensive care, ranging from screening the inclusion of these individuals in group therapy, as well as the development and improvement of the health status of this person. **Considerations end:** It is necessary that the professional nurse use their creativity to develop the activities, and activities in health care are set to service objectives, bringing benefits and an answer to the individual in psychological distress and user health promotion, community, family and everyone involved in the care process in health.

Keywords: History of Psychiatry, Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs and Duties of the Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool, crack e outras Drogas.
CNM	Confederação Nacional de Municípios
COMENS	Conselhos Municipais
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONENS	Conselhos Estaduais
CONFEN	Conselho Federal
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MSTM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

01. INTRODUÇÃO	09
02. REFERENCIAL TEORICO	13
2.2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS	13
2.3. O ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS	18
03. METODOLOGIA	21
04. RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
4.1. ATRIBUIÇÕES DO ENVERMEIRO NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS	22
4.1.1. ATRIBUIÇÕES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CAPS AD	24
4.1.2. ATRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CAPS AD	25
4.1.3. ATENDIMENTO AOS FAMÍLIARES	27
05. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
06. REFERENCIAS	31

01. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu devido à ineficiência da assistência em saúde, trazendo uma nova perspectiva para o cuidado em saúde mental e uma reorientação deste modelo de cuidado, proporcionando à construção de uma política de saúde, oposta a lógica manicomial. Iniciou-se na década de 70, mais especificamente em 1978 quando foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM). Movimento este que agregava reivindicações trabalhistas e humanitárias, tendo como enfoque a liderança pela luta antimanicomial e baseando-se no processo de humanização da assistência psiquiátrica. Anterior a isso, a saúde mental era exercida de forma privatizante, hospitalocêntrica e precária, dificultando o tratamento do doente mental e a criação de vínculos afetivos do paciente com a família e, principalmente, com sociedade (BRASIL, 2005).

A exclusão social e a ausência de cuidados que atingiam, de forma histórica e contínua, aqueles que sofriam de transtornos mentais, apontaram para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, de modo a contemplar as reais necessidades desta população específica o que implicava na disposição para atender igualmente ao direito de todo cidadão. Tal lógica também deveria e foi contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

A desinstitucionalização do doente mental envolveu desde a desconstrução de manicômios até o cuidar em enfermagem, configurando-se como um movimento histórico de caráter político, social e econômico, sendo influenciado pela ideologia de grupos dominantes (GONÇALVES; SENA, 2001).

Considerando essa necessidade de atendimento a população e a busca de um aperfeiçoamento no sentido de humanização na abordagem terapêutica e no acompanhamento dos pacientes que sofrem com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, surge a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade

de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve estabelecer o artigo que dispõe sobre as normas para funcionamento Centros de Atenção Psicossociais e a constituição dos mesmos, podendo constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Entretanto, apenas em 2002, através das portarias GM/MS nº 336 e 189 do Ministério da Saúde, que houve a regulamentação e atualização das normas de funcionamento dos CAPS, e destinação de recursos financeiros para funcionamento (BRASIL, 2002).

Além disso, propõem inclusive que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam os ordenadores da rede de atenção psicossocial, no que se refere à oferta do cuidado, colocada então em oposição ao tratamento ofertado no interior das instituições asilares, antes da reforma psiquiátrica e ao surgimento deste modelo de cuidado. O modo de atenção psicossocial é a forma de cuidado preconizado por esses novos serviços e busca evidenciar o sujeito e desconstruir o lugar da doença/loucura cunhado secularmente a partir da intervenção do saber psiquiátrico.

BRASIL (2010), afirma que neste modelo de atenção, o cuidado deve ser ofertado através de estratégias de Acolhimento e de Clínica Ampliada (BRASIL, 2009) gerando Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados com a rede Intersetorial e construindo políticas transversais aos vários setores (BRASIL, 2010).

Este momento de reestruturação dos serviços passa a considerado o marco legal da Reforma Psiquiátrica, uma vez que valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina à reorganização da assistência a saúde mental, tornando-os mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando as redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações frente às necessidades da população, e garantindo a universalidade de acesso, assistência e integralidade do cuidado (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços onde acolhem os pacientes que sofrem transtornos mentais, estimula sua integração social e

familiar, apoiando as iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico e todo suporte terapêutico necessário para a reabilitação da saúde do paciente com transtorno mental. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, que é representado pelo espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

Conforme definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o serviço do CAPS constitui a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, e é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, dependências, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, sendo assim, são serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam na lógica de território, priorizando a reabilitação e a reinserção psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico, funcionando como eixo das práticas em saúde mental.

Os serviços são organizados em vários tipos, sendo eles o CAPS I, II e III; CAPSi e CAPS ad. Os CAPS I e II fazem atendimento diário, enquanto o CAPS III funciona com atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana. O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. O CAPS ad é direcionado para usuários de álcool e outras drogas, e deve ser equipado com leitos de repouso para desintoxicações (BRASIL, 2002).

Na composição da equipe de saúde do CAPS, deve haver obrigatoriamente um enfermeiro, no mínimo, podendo ter dois ou mais. A formação em saúde mental é um critério exigido para atuação em todas as modalidades deste dispositivo, exceto para o CAPS I (BRASIL, 2002).

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como crack, álcool e outras drogas. Esse serviço deve oferecer atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial dessas

substâncias, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (BRASIL, 2004).

Conforme definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a Política para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza que a assistência a esses usuários seja oferecida em todos os níveis de complexidade, tendo como privilegio os cuidados em dispositivos de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

Neste sentido, as ações da rede de atenção psicossocial devem acontecer em rede na lógica da integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais e trazendo a valorização nos setores da cultura, educação, trabalho e assistência social.

Este trabalho justifica-se pela expectativa em realizar um levantamento bibliográfico a cerca das Atribuições do Enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad), uma vez que é uma temática pouco debatida e pouco conhecida, por ser recente a implantação desses serviços, bem como a atuação do profissional enfermeiro neste contexto da saúde mental, no âmbito de álcool e drogas.

O conteúdo objetiva descrever as atribuições dos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas, para tanto, foi realizado um recorte que envolve a história da loucura, da Psiquiatria e a inserção do enfermeiro neste contexto de evolução dos serviços e da assistência à saúde mental.

A definição temática deste trabalho surgiu a partir da inserção da estudante como pesquisadora no “Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde- PET-Saúde: Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas”, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no período de 2014 -2015.

02. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CONSTRUÇÃO DO CAPS AD

No Brasil, a loucura fazia parte do convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. A partir desse ponto, começou a ser reconhecida como desordem e perturbação da paz social, passando a ser apropriada pelo discurso religioso (VECHI, 2004). Progressivamente, os loucos foram sendo retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Para os médicos da época, entretanto, essa situação não resolvia o problema da loucura. A segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e moral adequado tornavam a cura impossível. Os médicos, articulados com o então provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, começam a reivindicar a criação de um instrumento terapêutico específico para os loucos, o hospício (MACHADO, 1978).

Assim, foi criado o Hospício de Pedro II através do decreto imperial em 1841 e fundado, de fato, em 1852, sendo inspirado pelo modelo francês. A sua administração e manutenção no Rio de Janeiro, ficavam a cargo da Santa Casa de misericórdia. Por isso mesmo, Vechi (2004) observa que, apesar da existência de médicos nesse local, seu controle ainda permanecia objeto do discurso religioso e não de uma ciência médica.

De acordo com Fonte (2011) foram criadas outras instituições, sendo elas em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Após o período da República, é que a loucura passa a ser retirada do discurso religioso e torna-se parte do discurso científico médico-psiquiátrico, propondo substituir o tratamento desumano e primitivo por valores humanitários. Viabiliza-se, assim, a implantação do projeto de medicalização da loucura e sua transformação efetiva em doença mental.

Neste período, após a loucura tornar-se objeto de estudo da medicina, em meados dos anos 70, os pacientes que sofriam transtornos psiquiátricos,

eram compreendidos como uma ameaça à paz da sociedade e o serviço de saúde a este público, obedecia a um modelo centrado na medicina, caracterizava-se por uma assistência precária, de exclusão, segregação e punição aos doentes. As primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “vigiar e punir” os “loucos”, como se esta situação fosse um problema de conduta. Os indivíduos eram tratados como se fossem culpados por sua situação, e como se não existisse uma doença por trás daquele comportamento. A atuação da enfermagem na época era com a supervisão dos doentes (BREDOW & DRAVANZ, 2010, p. 3).

A lógica da exclusão, para retirar o problema da sociedade, sempre esteve presente nos espaços destinados ao referido “tratamento”, que em muitas vezes era na forma de correção, sendo baseadas em ações desumanas, como isolamento social, medicações, espancamentos ou até tratamentos com choque (AMARANTE, 2009, p. 16).

No ano de 1978, inicia-se no Brasil, a reforma psiquiátrica, com a denúncia ao ministério da saúde, de que médicos praticavam abusos e violações nos hospitais psiquiátricos. Ela foi inspirada na experiência italiana, que partia do pressuposto de que “quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica teve como objetivo uma melhor qualidade no atendimento aos pacientes psiquiátricos, bem como a criação de mecanismos e espaços pautados na inclusão, humanização e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados e resgatando a ideia da autonomia no tratamento do sujeito (AMARANTE, 2009).

Possibilitando a criação de um serviço terapêutico mais humanizado, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família, fazendo com que todas as pessoas próximas do indivíduo estivessem envolvidas no seu tratamento e acompanhamento (BREDOW & DRAVANZ, 2010).

De acordo com Santos (2015), esse era um período de redemocratização no país, que em meio às reivindicações sociais, o movimento

dos Trabalhadores em Saúde Mental (1970) fortalecido por diferentes atores sociais protestam a violência institucionalizada nos manicômios, a capitalização da loucura e a supremacia do setor privado de assistência, dando início à Reforma Psiquiátrica.

Com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, passara a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (SANTOS, 2015 e BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial surge no Brasil a partir da luta da reforma psiquiátrica, com a proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico (asilar), para o acompanhamento clínico, que prevê a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Cabe ressaltar que esses dispositivos são substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, cabendo-lhes a humanização no atendimento e acolhimento, bem como uma atenção individualizada e de qualidade as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aos usuários de álcool, crack e outras drogas, como no caso do CAPS ad (BRASIL, 2004).

Com a Portaria Ministerial 336/2002, que regulamentou os CAPS, em 2002, além de redefini-los, os classificou em ordem crescente, segundo a abrangência populacional, a complexidade de atenção e a população alvo,

foram implantados em todo território nacional os Centros de Atenção Psicossocial, na modalidade álcool e drogas (CAPS AD). Trata-se de serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos, decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, e se constituem, na atualidade, como uma das principais estratégias de enfrentamento dos problemas voltados à problemática relacionada ao álcool e às outras drogas, no País (BRASIL, 2003).

Em 23 de dezembro de 2011, surge a portaria nº 3.088, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a ampliação o acesso à atenção psicossocial da população; promovendo a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos serviços de atenção á saúde; e garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

O dispositivo de saúde mental que compõe a rede de atenção psicossocial, não é constituído apenas pelo CAPS ad, mais por uma rede de serviço em saúde que compõe o sistema de atendimento as pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de álcool e drogas. Neste sentido, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos componentes da atenção básica em saúde, formada pela Unidade Básica de Saúde e equipe da atenção básica para populações específicas, como equipe de Consultório na Rua. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência. Atenção psicossocial especializada, formada pelos pontos de atenção dos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, CAPS I, II, III, CAPSi e CAPS ad. Atenção de urgência e emergência, formada pelos pontos de atenção da SAMU 192, sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde. Já a atenção

residencial de caráter transitório, é formada pelos pontos de atenção da Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial. A atenção hospitalar, formada por enfermagem especializada em Hospital Geral, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. E como estratégias de desinstitucionalização, há os pontos de atenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Portanto, o CAPS AD configura-se como um estabelecimento de saúde voltado para atendimento a usuários de álcool, crack e outras drogas, e tem por objetivo realizar o tratamento, de forma que garanta a autonomia do sujeito, visando à reinserção social. Para isso, todo tratamento do usuário é realizado dentro do serviço, possibilitando após a utilização do serviço, o retorno dos usuários aos seus familiares. Portanto, é oferecido o atendimento diário, permitindo um melhor planejamento da terapia, de forma integral e contínua.

Um dos tratamentos realizados no CAPS ad é a redução de danos (RD), foi regulamentado por meio da Lei nº 11.343/2006, como uma estratégia que se insere nos serviços por meio das políticas centrais de saúde do SUS, como na Política Nacional da Atenção Básica, Política Nacional de Saúde Mental, Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política Nacional sobre Drogas. A RD consiste em uma estratégia de saúde pública, cujo objetivo é controlar as possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas sem, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha do usuário, buscando reinserção social do indivíduo, em seus contextos de vida, com um modo de atuar clínico e de efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2006).

2.2. O ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

O uso do álcool, crack e outras drogas, podem gerar vários comprometimentos da cognição, da função motora, taquicardia, destruição das células hepáticas, déficit de memória e atenção, quando combinado a várias outras drogas, podendo gerar grave piora do quadro da saúde do usuário, acarretar em dependências, inibindo a reabilitação do usuário e interferindo na sua reinserção social. Os pacientes usuários de crack e cocaína apresentam altas taxas de abandono do tratamento, assim, percebe-se que há uma maior necessidade de conhecer e qualificar os profissionais que atuam na área para que tenham maiores embasamento científicos sobre os problemas relacionados ao uso abusivo das drogas, bem como sobre papel do profissional neste âmbito, para que os tratamentos se façam mais eficazes (RIBEIRO et al, 2012).

Figueiredo (2012), afirma que Ministério da Saúde preconiza o trabalho em equipe / multidisciplinar para a realização de mudanças da saúde, segundo eles, a interação interdisciplinar é muito grande, onde trabalhadores de diferentes formações e conhecimentos estão aliados para a realização do cuidado que será prestado a esse paciente, com a intervenção técnica e científica.

Para atender a necessidade de um serviço á saúde que substitua os serviços de internação, acolha o aumento da demanda e realize um atendimento diário aos usuários de álcool e outras drogas, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD). Esse serviço busca a promoção da reabilitação psicossocial de seus usuários, e caracterizam-se pelo cuidado, atenção diária e articulação de toda a rede de atenção psicossocial. Nele trabalham equipes de diversas áreas de formação (DUARTE et. al., 2011).

A equipe multiprofissional do CAPS é composta por um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Sendo os profissionais de nível superior: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS, uma vez que no serviço são realizadas diversas atividades terapêuticas. E os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Além desses profissionais, o serviço conta com equipes de limpeza e de cozinha (BRASIL, 2004).

Neste sentido, o enfermeiro faz parte da equipe do CAPS AD, serviço que se encontra em plena expansão em todo o país e pressupõe-se que tem havido ampliação da oferta de trabalho para este profissional enfermeiro (BRASIL, 2003).

Para Vargas et. al. (2013), esse mecanismo de atendimento e suporte terapêutico aos usuários de crack, álcool e outras drogas, têm possibilitado a participação ativa do enfermeiro que, em conjunto com a equipe de enfermagem, atua em diversas vertentes do cuidado. A participação no serviço é assegurada por lei, que estabelece a inserção dos profissionais de enfermagem de nível médio e superior na equipe multidisciplinar dos CAPS AD, atribuindo-lhes, inclusive, o atendimento em oficinas terapêuticas e outras modalidades de assistência aos usuários, o que possibilita à equipe de enfermagem e ao enfermeiro a manutenção do contato contínuo com os usuários nas mais diferentes atividades desenvolvidas nesses serviços.

O processo de trabalho requer uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional em consonância com as propostas da Reforma Psiquiátrica e embutidas aos princípios e diretrizes do SUS. Nessa configuração, o enfermeiro que atua no CAPS deve embasar-se no arcabouço teórico da enfermagem como ciência e profissão, regulamentada no Brasil pela Lei nº 7498/86, que descreve as atividades de enfermagem bem como as que são específicas do enfermeiro, e afirma o direito do enfermeiro à participação como membro da equipe de saúde (BRASIL, 2005; COREM-MG, 2013 & SANTOS, 2015).

Abuhab (2005), afirma que a inserção do enfermeiro nas equipes de saúde mental tem possibilitado que o mesmo interfira e conduza o processo de atendimento e seguimento dos usuários dos serviços de saúde mental, o que tem exigido a ampliação de seus conhecimentos para atuação nesse novo contexto de atenção.

Com essa possibilidade de atuação nos serviços de saúde mental, o enfermeiro deve estar atento as suas atribuições enquanto profissionais, para que não haja o desempenho apenas enquanto gerente, deixando de lado o objeto terapêutico e a reabilitação do indivíduo que procura o serviço, uma vez que as atividades desenvolvidas nesses dispositivos desenvolvidas por enfermeiros de acordo, é cuidar envolvendo o ambiente social, físico e psicológico, baseado num contexto cultural, transformando o processo saúde-doença (RAMOS et al, p. 66 e CASTRO, 2007).

Enquanto espaços de promoção da saúde, esses serviços, firma-se na Portaria MS nº 687 articulando e reforçando diversas iniciativas promocionais, definindo diretrizes, viabilizando trabalhadores e usuários do SUS, neste caso, o enfermeiro e usuários de Caps. De acordo com o pressuposto legal, o enfermeiro estabelece promoções de saúde aos usuários de CAPS, organizando a assistência em si, atuando nos corpos e nas consciências individuais, ao mesmo tempo dirigindo o local de trabalho em que a pessoa está hospitalizada, além de preparar corpos e consciências individuais para outras categorias (RAMOS, 2001, p. 40 apud CASTRO, 2007, p. 66).

Para Vargas, et. al. (2011), os novos espaços e possibilidades de atuação para o enfermeiro, têm sido exigidos um novo saber, construído a partir da prática interdisciplinar, o que tem contribuído para torná-lo profissional mais autônomo e qualificado.

03. METODOLOGIA

Trata-se de revisão de literatura, construída através de artigos originais, onde foram incluídos aqueles publicados entre os anos de 1982 á 2015, escritos em português, foram utilizados como critérios de inclusão, os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “História da Psiquiatria”, “Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas”, “Atribuições do Enfermeiro,” para consulta à Biblioteca Virtual em Saúde-BVS.

A estratégia de busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas, foram utilizadas a MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), ScientificElectronic Library Online (SCIELO), ScienceDirect e o Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foram encontrados 120 artigos, os estudos foram selecionados primeiramente pelo título, posteriormente pelo resumo, sendo incluídos na amostra inicial 59 artigos. Após a leitura na íntegra e minuciosa das publicações selecionadas para o estudo procedeu-se a exclusão de 20 artigos por não responderem a questão de pesquisa, sendo incluídos na amostra final 38 artigos.

03.RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. ATRIBUIÇÕES DO ENVERMEIRO NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

O cuidado aos indivíduos que sofrem transtorno de mental, com ênfase maior aos usuários de álcool, crack e outras drogas, vêm sofrendo mudanças nos últimos anos, paralelo às transformações que envolvem os acontecimentos da reforma psiquiatria no Brasil e no mundo, bem como aos modelos de cuidados na atenção à saúde mental (BRANCO; SOBRINHO; SOUSA; PEREIRA; MEDEIROS; SILVA, 2013).

As alternativas atuais de acompanhamento, tratamento e reabilitação do indivíduo no serviço possuem como objetivo buscar o entendimento e compreensão dos profissionais para a singularidade do usuário, prestando-lhe um cuidado integral, contínuo, humanizado e proporcionando-lhe diversas formas de alívio ao sofrimento, atuando na resolução de conflitos, estímulo ao crescimento pessoal e na sua reinserção ao meio que pertence (BRANCO; SOBRINHO; SOUSA; PEREIRA; MEDEIROS; SILVA, 2013).

Entendendo a magnitude e complexidade do cuidado neste serviço, compreende-se o quanto é importante à formação e capacitação de profissionais da saúde para atuarem no serviço, principalmente aos de enfermagem. Sendo estes os profissionais designados para o cuidado de indivíduos, família ou coletividade, devendo exercer a sua tarefa de forma holística e humanizada, na perspectiva de promoção, prevenção e reabilitação do usuário. Nos serviços do CAPS ad, é preconizado pela Portaria Ministerial n. 336/02 que o enfermeiro tenha formação em saúde mental (BRANCO et. al., 2013 & BRASIL, 2002).

É necessário que estes profissionais tenham um perfil diferenciado, com qualidade e estejam preparados para entender as peculiaridades que envolvem o cuidar de um paciente que apresenta dependência de substâncias

psicoativas. No entanto, Dias & Aranha e Silva (2010); Luz *et. al.*, (2014), afirma que estes profissionais apresentam um perfil de qualificação no serviço, em que apenas uma pequena parcela possui o curso de pós-graduação em saúde mental (20%), especialização em outra área de conhecimento foi referida por cerca 70% dos participantes, apenas um mestre e um doutor, deixando explícito a fragilidade de profissionais qualificados para atuação neste âmbito de cuidado.

O trabalho do enfermeiro no CAPS AD consiste na coordenação as diversas atividades, exercendo papéis de assistentes, gerentes, terapeutas, bem como, prestando atendimento aos usuários e aos familiares que sofrem por conta dos agravos biopsicossociais decorrente do uso abuso dessas substâncias. Para Gomes (2008) e Santos (2015), são atribuições deste profissional: a Pré-consulta de triagem, dividindo essa atividade com outros membros da equipe; consulta especializada de enfermagem psiquiátrica; organização e liderança de grupos terapêuticos; palestras, orientações, coordenação e elaboração de trabalhos na área de saúde mental para o CAPS, a família e a comunidade; organização e manutenção do serviço de enfermagem e do SAME; atendimento individual, grupal, eletivo ou de urgência.

Para (TOWNSEND, 2002), o trabalho deste profissional deve ser desenvolvido buscando uma sistematização da assistência, através das seguintes etapas: planejamento, programação, avaliação da assistência prestada a cada paciente, aos grupos de pacientes e aos familiares. O profissional enfermeiro estar preparado para reduzir os danos causados pela utilização das substâncias na saúde do dependente químico, conforme prioriza o Ministério da Saúde.

Para Townsend (2002) e Santos (2015), deve haver também uma criação e manutenção de um ambiente voltado para a realização das atividades, possibilitando ao enfermeiro uma atuação efetiva junto ao cliente, à família e à equipe no atendimento de suas necessidades básicas para obtenção de uma saúde, física e mental; colaborar na formação e aperfeiçoamento de novos profissionais na área de saúde mental e demais profissionais interessados na área. A partir daí, percebe-se que o enfermeiro

além de exercer as atribuições adscritas, tem a importante tarefa de atuar como conexão entre equipe e usuário, sendo este profissional responsável pela mediação de toda e qualquer intervenção que proporcione o bom funcionamento do serviço, seja ela técnica, assistencial, ou burocrático-administrativa.

4.2.1. ATRIBUIÇÕES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CAPS AD

No contexto do gerenciamento de enfermagem, este profissional é responsável por gerenciar os serviços, atividade que envolve o processo administrativo de previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e pela gerência do cuidado que consistem no planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem. A gerência de enfermagem destaca-se como um elemento estratégico, pois pode colaborar na organização do processo de trabalho em saúde e torná-lo mais qualificado para a oferta de uma assistência integral à saúde (GRECO, 2004).

Na gestão do cuidado, do serviço do CAPS AD, os profissionais devem realizar as seguintes atividades para o cuidado ao usuário de crack: “atividades administrativas, gestão de equipe de enfermagem, cuidado ampliado e atividades de ensino”, (DANTAS, 2013).

As atividades administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro se referem ao planejamento, organização, comando, coordenação e controle de atividades realizadas nas unidades de assistência propriamente dita. Essas atividades consistem em supervisionar os auxiliares e técnicos de enfermagem, supervisionar o controle de medicação, preencher e encaminhar impressos (requisições, formulários, notificações, encaminhamentos de pacientes e similares), solicitação de materiais, escala de profissionais do serviço, realização e participação de grupos de discussões com a equipe multiprofissional, capacitação da equipe, confecção de relatórios dos serviços, notificações compulsórias, reunião com articulações em outras instituições

preenchimento do RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) objetivando a organização da unidade no que se refere aos serviços de enfermagem (DIAS; ARANHA E SILVA, 2010; ESPERIDÃO; CRUZLL; SILVALL, 2011; SOARES, et. al., 2011; COSTA; SHIMIZU, 2005).

A gestão é uma habilidade necessária ao enfermeiro que prestada cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas, para que através destes, haja a possibilidade de uma atuação de qualidade da equipe, no sentido de orientação quanto à qual conduta a ser tomada diante alguma situação com o usuário que é atendido pelo serviço.

De acordo com Soares *et. al.* (2011), há uma dificuldade de entendimento do enfermeiro sobre a sua atuação, dificuldade que esta relacionada à falta de qualificação deste profissional para atuação no serviço de saúde mental. Esta dificuldade aponta para uma necessidade de que os profissionais atuantes tenham uma capacitação voltada para atenção psicossocial.

4.2.2. ATRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO NO CAPS AD

O cuidar na saúde mental é norteado pela rede de atenção psicossocial, em que a partir do cotidiano da vida das pessoas se inventa ações e se constrói estratégias para cuidar e minimizar o sofrimento da pessoa com transtorno psíquico. Este cuidado deve ser direcionado para o atendimento e acompanhamento do usuário de maneira holística e integral, não fragmentado em biológico e mental, tendo em vista que uma parte interfere na outra (WHO, 2008 & YASUI, 2009).

O enfermeiro é responsável pelo cuidado e desenvolve diversas ações no âmbito da assistência aos usuários do CAPS AD, que consistem em atividades individuais ou coletivas. Neste tratamento, são limitadas as hospitalizações e a medicalização, mais são utilizados meios como a “psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação” (COSTA-ROSA, 2000, p. 154).

Neste sentido, as atividades desenvolvidas junto a usuários de álcool e outras drogas caracterizam-se pela recepção e identificação da clientela, desenvolvimento de ações assistenciais, administrativas, educativas, busca de alianças junto à comunidade e encaminhamentos a outros locais de tratamento (DAMÁSIO; MELO; & ESTEVES, 2008).

Dentre atividades do enfermeiro em suas práticas cotidianas, destacam-se as reuniões entre as equipes e outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde, como ESF; triagem e acolhimento, grupo de recepção, estudos, música, entre outros; oficinas terapêuticas, informativas e educativas, atendimento a familiares, grupo de medicação, interação e vínculo com os pacientes, acompanhamento de refeições, participação e coordenação compartilhada de oficinas, coordenação e participação das assembleias, acompanhamento do usuário em atividades de lazer, avaliação de enfermagem, atendimento individual, preparo e supervisão da administração de medicamentos, desintoxicação, registro em prontuário, visita domiciliar, cuidados de higiene, alimentação e execução de exames, sistematização e prescrição de enfermagem (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008; ESPERIDÃO; CRUZLL; SILVALL, 2011; SOARES, *et al.*, 2011).

Os estudos realizados por (VARGAS; OLIVEIRA & DUARTE, 2011), referem que o acolhimento consiste no primeiro contato do usuário com o serviço, também aparece como espaço que possibilita a inserção do enfermeiro, inclusive garantindo-lhe a possibilidade de propor e coordenar o projeto terapêutico do usuário, configurando-se como um técnico de referência, dentro do CAPS. O enfermeiro ao realizar o acolhimento, deve realizar uma triagem para avaliar quais as possibilidades para o tratamento dos usuários no serviço. Neste sentido, todos os pacientes acolhidos, devem ter um enfermeiro que irá responsabilizar-se como referência técnica, onde este profissional passa a ser a figura de referência para cada caso.

Ainda como atribuição do enfermeiro, desintoxicação ambulatorial, educação, aconselhamento e atendimentos individualizados também se configura como uma das responsabilidades deste profissional no serviço do CAPS AD. Onde o paciente é acompanhado por este profissional e ele passa a

ser o responsável por essa assistência (VARGAS; OLIVEIRA & DUARTE, 2011). Além disso, outra prática assistencial executada pelo enfermeiro nos CAPS AD se refere ao acompanhamento mais próximo daqueles pacientes que apresentam alguma comorbidade física ou psíquica e HIV, Aids e IST's.

Para MARIAL, et. al., (2012), o Processo de Enfermagem é a representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através da qual ocorre o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe pela qual o enfermeiro é responsável. A SAE no serviço de saúde mental é extremamente importante, pois permite detectar as prioridades de cada usuário, conforme as suas necessidades e especificidades, fornecendo assim, uma direção para as possíveis intervenções e garantindo uma assistência de qualidade ao paciente que necessita de atendimento no estabelecimento de saúde. Configurando-se como um instrumento para a qualificação da assistência da enfermagem e para organização do processo de trabalho da categoria regulamentado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 358/2009. Essa tecnologia do cuidado ainda precisa de esforços para implementá-la nos serviços substitutivos.

4.2.3. ATENDIMENTO AOS FAMILIARES NO CAPS AD

O uso abusivo de drogas é considerado um agravo à saúde que requer cuidados específicos e demanda intervenções educativas dentro de um modelo biopsicossocial, abrangendo além do indivíduo, as diversas áreas de sua vida, inclusive sua família. Nesta perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contempla cuidados integrais ao paciente e à sua família, sendo um serviço substitutivo de atenção em saúde mental, que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos por um tratamento que não isola os pacientes de sua família e comunidade, envolvendo os familiares no atendimento com a atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo, sendo instrumentos centrais na proposta

de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil (SCHRANK & OLSCHOWSKY, 2015).

Segundo Viana (2002), o primeiro contato que temos com o mundo é por meio de nossos pais, é na família que recebemos os primeiros valores, estabelecemos as primeiras relações afetivas, encontramos as respostas para as questões do dia a dia e compartilhamos nossas dúvidas, angústias e temores, sendo também o primeiro espaço de ajustamento e organização das relações e funções a serem desempenhadas pelo indivíduo na sociedade, determinante no desenvolvimento da afetividade, da sociabilidade e do bem-estar físico do indivíduo e espaço de proteção contra os perigos do mundo exterior.

Considerando o papel central da família no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, na recuperação do usuário de drogas, eles se constituem como importantes figuras para adesão ao tratamento e acompanhamento aos usuários, precisando ser considerados como parceiros, e serem reconhecidos como codependentes, portadores de adoecimento, em decorrência das suas experiências traumáticas e vivências cotidianas impostas pelo usuário de drogas (BRASIL, 2011).

Os devem obter atenção neste projeto terapêutico, pois vivenciam experiências diversas, de sofrimento, angústias e de violências relacionados ao uso de álcool e drogas, necessitando também cuidados profissionais, por serem codependentes (AZEVEDO e MIRANDA, 2011).

Os serviços de saúde mental na perspectiva de álcool, crack e outras drogas, devem assegurar que as relações entre profissionais e usuários sejam centradas no acolhimento e no estabelecimento de vínculos, devendo dispor de ações destinadas principalmente aos familiares, bem como, a inserção destes como parceiros não apenas no tratamento e acompanhamento do usuário, mais também como sujeito que necessita de acompanhamento que visa à promoção de ações que priorizem a inserção social e a minimização do estigma, promovendo um maior entendimento sobre a situação de saúde e uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011).

O CAPS AD busca acolher os usuários que buscam ajuda nas suas demandas, mesmo quando estes usuários não demonstrem desejo de interromper o consumo, além disso, há o tratamento das abstinências leves em nível ambulatorial, realiza busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento, desenvolve oficinas terapêuticas e apoia um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos (RD), com o suporte e apoio aos familiares (BRASIL, 2010).

Neste sentido, os serviços do CAPS ad devem realizar atividades que incluam os familiares nas ações desenvolvidas aos usuários frequentadores do serviço. Os projetos terapêuticos desenvolvidos para os familiares configuram-se como uma importante estratégia de cuidado, apresentando-se como ferramenta a ser utilizada na promoção do cuidado e acolhimento, na realização da educação em saúde, prevenção de agravos, e na promoção e recuperação da saúde de indivíduos e grupos sociais (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; DE SQUEIRA, 2010; KANTORSKI *et al*, 2010; ESPERIDÃO; CRUZLL; SILVALL, 2011).

04. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas, constituem-se como uma estratégia de reorientação ao modelo de atenção a saúde mental que era baseada no internamento e hospitalização dos indivíduos. O CAPS surge com uma proposta de reabilitação do indivíduo através reinserção desses usuários, possibilitando um acompanhamento diário, contínuo e integral do sujeito, incluindo nesta perspectiva, a redução do estigma a esses usuários e possibilitando um convívio com a família e com a sociedade.

Com a mudança da reforma psiquiátrica e com esses novos dispositivos de atenção a saúde, houve a ampliação das atribuições dos profissionais enfermeiros, que se tornou a importante figura na equipe dos Centros de Atenção Psicossocial, exercendo atribuições, além de supervisão dos técnicos de enfermagem e dos profissionais do serviço, o desenvolvimento de ações burocráticas voltadas para questões administrativas que possibilitam o bom funcionamento do serviço, auxiliando também na direção dos serviços e possuindo uma formação que contribui para realização de ações com interlocução com outros dispositivos de atenção a saúde no seu território.

No presente estudo, foram apresentadas diversas atribuições do enfermeiro para atuação no serviço do CAPS AD, onde foi observado que há uma ampla possibilidade de atividades que este profissional pode desenvolver. É necessário que o enfermeiro use a sua criatividade para o desenvolvimento das ações, buscando uma formação e treinamento específico para as atividades na assistência a saúde e para que estas ações estejam ajustadas aos objetivos do serviço, trazendo benefícios e uma resposta ao indivíduo em sofrimento psíquico e na promoção da saúde do usuário, da comunidade, da família e de todos os envolvidos no processo de cuidar em saúde.

06. REFERENCIAS

1. ABUHAB, D; SANTOS, A. B. A. P; MESSEMBERG, C. B; FONSECA, R. M. G. S; ARANHA, A. L. S. O Trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev. Gaúch. Enferm.** 2005; 26(3): 369-80.
2. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 2. ed. **Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz**, 2008. 117 p.
3. BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. **Conferências no Brasil**. São Paulo: Monsanto, 1982.
4. BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, Abril de 2014, pp. 391-404.
5. BRANCO, F. M. F. C.; SOBRINHO, L. B. J. et. al. Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas. **J. Health Sci Inst.** 2013; 31(2): 161-5.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002.
7. _____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil. Poder Executivo. Brasília-DF, 24 ago. 2006.
8. _____. Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde - SUS (PEAD 2009-2010), instituído pela portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas

- de produção de saúde. (2 ed., 5 reimp.). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2010.
10. _____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2011.
 11. _____. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial”. In: BRASIL. **Ministério da saúde**. Legislação em saúde mental. 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampliada. Brasília- DF, 2004.
 12. _____. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doença mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: **Ministério da saúde**, 20 fev 2002: Seção 1:22.
 13. BREDOW, S. G.; DRAVANZ, G. M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política Intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243 ago./dez. 2010.
 14. COSTA-ROSA, A. Da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2000. p. 141-168.
 15. DANTAS, T. C. C.; TAHARA, A. T. S.; FERREIRA, S. L. A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.14, n. 1, p. 57-65. Salvador, 2001.
 16. DAMÁSIO, V. F; MELO, V. C; ESTEVES, K. B. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. Enferm. UFPE online**. 2008 out./dez.; 2(4): 425-33.
 17. DUARTE, P. C. A. V; DALBOSCO, C. (2011). A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Brasília: SENAD, 217-236.

18. FIGUEIREDO, V. V. E RODRIGUES, M. M. P. Atuação do Psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, 9(2), 173-18. 2004.
19. FONTE, E. M. M. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Recife, 2011.
20. GRECO, R. M. Ensinando administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, 2004.
21. GOMES, E. C. M. (16 de abril de 2008). **Papel da Enfermeira no Caps**. (Pinto, D. & Araújo, L. Entrevistador) Barreiras, Bahia/Brasil.
22. GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am Enfermagem**; março; 9 (2):48-55, 2001.
23. Luz, V. L. E. S. et al. Ações realizadas pelo enfermeiro em centros de atenção psicossocial. **R. Interd.** v. 7, n. 4, p. 1-12, out. nov. dez. 2014
24. MACHADO, R. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 423-443.
25. MARIAL, M. A.; QUADROSL, F. A. A.; GRASSILL, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 2012. Mar-abr; 65(2): 297-303.
26. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. **Ministério da Saúde**. Brasília (DF): 2003.
27. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.
29. PAIM, J.S. 1980. "As Ambigüidades da Noção de Necessidade em Saúde", in Planejamento. Salvador. 8 (1/2), pp. 39-46.

30. PEREIRA, E. T. **A política de prevenção ao uso de drogas no Brasil.** In: Anais eletrônico do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Rio de Janeiro: CFESS / CRESS, 2001.
31. RIBEIRO, M. E; LARANJEIRA, R. O Tratamento do usuário de crack. **Artmed.** Porto Alegre, 664 p.2012.
32. Rocha, RM. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar.** Texto Contexto Enferm. 2005 Jul-Set; 14(3):350-7.
33. SANTOS, J. **A atuação de Enfermeiras em Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura.** Santo Antônio de Jesus, 2015.
34. Schrank, G; Olschowsky, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP** [serial on the internet]. 2008 [cited 2015 May 16]; 42(1):127-34.
35. VARGAS, D; BITTENCOURT, M. N; ROCHA, F. M. OLIVEIRA, M. A. F. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Esc. Anna Nery** (impr.)2013 abr - jun; 17 (2): 242-248.
36. 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 Artigo Original 19 (1): [09 telas] jan-fev 2011.
37. VECHI, L. G. **Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil.** Estudos de Psicologia, v. 9, n. 3, sept./dec. 2004, p. 489-495.
38. TEIXEIRA. M. B, et. al. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica.** São Paulo Ed. Atheneu, 2001.p.17-18.
39. TOWNSEND, M. C. (2002). **Enfermagem Psiquiátrica Conceitos de Cuidados.** (3ª ed). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S. A.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care: A global perspective.** Geneva: WHO Press, 2008.

41. YASUI, S. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan/abr. 2009.