



caminhos **cuidado^{do}**

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica



Caderno
do
Aluno



caminhos do cuidado

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica



**Caderno
do
Aluno**

Projeto “Caminhos do Cuidado” - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica

2013 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Brasília - DF / CEP: 70058-900

Tel: (61) 3315-2858 <http://portal.saude.gov.br/sgtes>

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Campus sede Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro / CEP 21045-360

Tel: (21) 2598-4242 http://www.fiocruz.br/pos_icit

Grupo Hospitalar Conceição

Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde

Rua Francisco Trein, 326 - Bairro Cristo Redentor - Porto Alegre/CEP 91350-200

Tel: (51) 3357-2000 <http://escola.ghc.com.br/>

Coordenação Geral

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Helvécio Miranda Magalhães

Mozart Julio Tabosa Sales

Roberto Tykanori Kinoshita

Coordenação Técnica

Cláudio Antônio Barreiros

Edelves Vieira Rodrigues

Lanusa Terezinha Gomes Ferreira

Lisiane Bôer Possa

Marcelo Pedra Martins Machado

Marco Aurélio de Rezende

Maria Cristina Soares Guimarães

Maria Conceição Rodrigues de Carvalho

Mônica Diniz Durães

Quelen Tanize Alves da Silva



Ministério da Saúde
Governo Federal



**caminhos
do
cuidado**

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

Coordenação Pedagógica

Renata Pekelman
Sueli Goi Barrios

Elaboração

Karina Rosa da Rosa Sirangelo
Renata Pekelman
Pedro Augusto Papini
Rita Pereira Barboza
Sueli Goi Barrios

Colaboração

Ana Celina de Souza
Ana Lucia M. Duarte
Antônio Lancetti
Cristina Ruas
Edelves Vieira Rodrigues
Grazielle Daré
Joelma de Albuquerque Azanha
Laci dos Santos Diehl
Lilian Teresinha Oliveira Escopelli
Marco Aurelio S. Jorge
Maria Ferreira Costa Monteiro
Marise Ramoa
Marta Teresinha P. de Lucena
Pamella Grazielle Guimarães
Ronaldo Gorges
Sérgio Alarcon
Silvia Helena de Oliveira Silva Carvalho
Stefanie Kulpa

Direção de arte e capa

Flávia de Carvalho

Projeto gráfico e diagramação

Ana Carolina Vidal

Ilustrações

Clara Gavilan
Venicio Ribeiro

Tiragem 2013

300.000 exemplares

C183

Caminhos do Cuidado: caderno do aluno / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
132 p. : il.

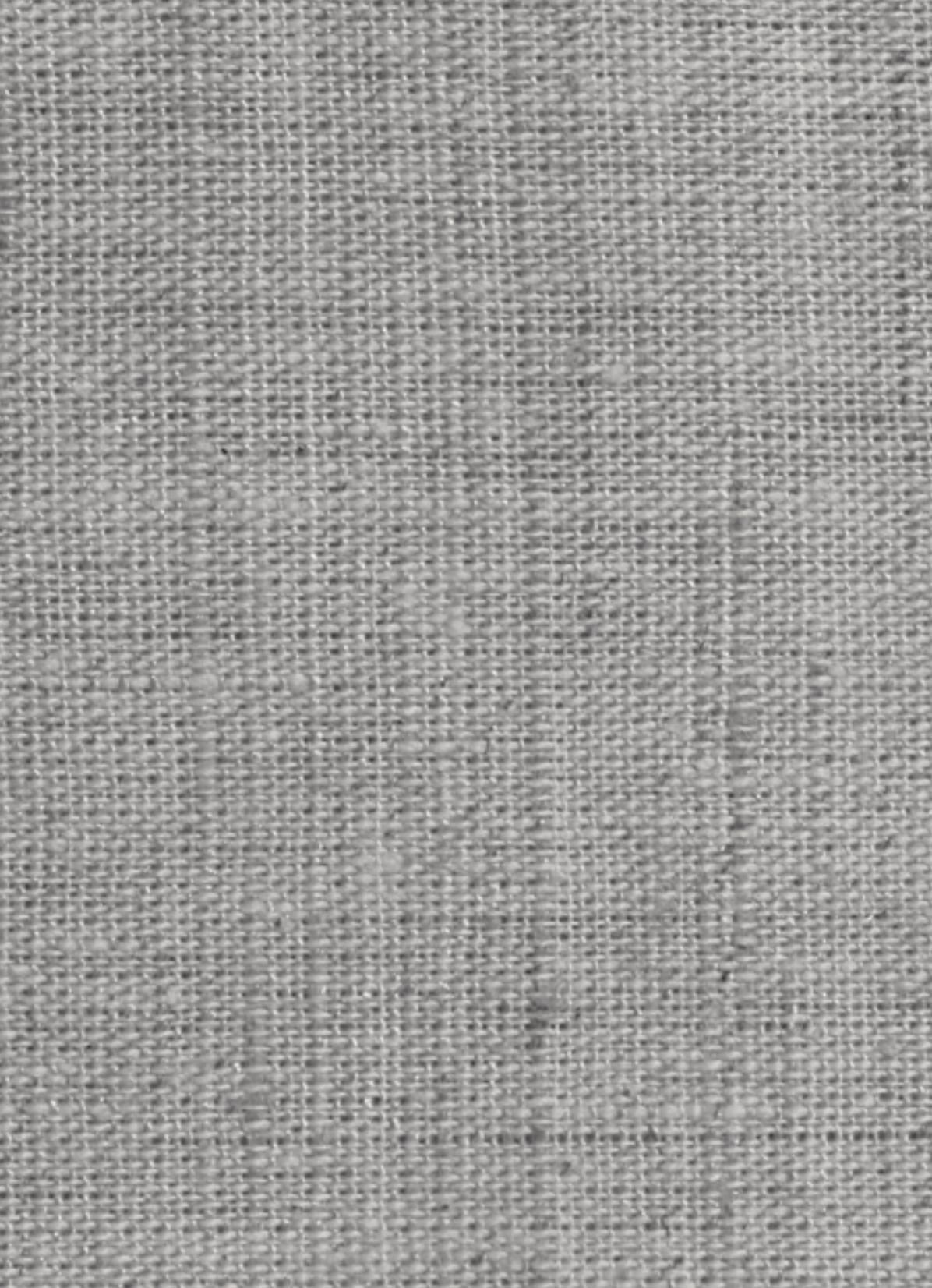
Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica

ISBN: 978-85-62454-04-2

1. Saúde Mental. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias 3. Prática Profissional 4. Serviços de Saúde. 5. Aprendizagem Baseada em Problemas I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. II. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. III. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. IV. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da atenção básica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
SOBRE O CURSO	13
DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	14
Eixo 1	
Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental	15
1º dia	
Território e introdução à temática das drogas.....	16
2º dia	
Políticas Públicas de Atenção Básica, Política de Atenção Integral à Saúde Mental e Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas	24
3º dia	
Redução de Danos	38
Eixo 2	
A caixa de ferramentas dos agentes comunitários, auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica	55
4º dia	
Caixa de Ferramentas dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.....	56
5º dia	
Rede de Cuidado, atribuições dos ACS e ATEnf na Rede de Cuidado em Saúde.....	64
TEXTOS DE APOIO	70
BANCO DE CASOS	106
TEXTOS COMPLEMENTARES	114



Massa Instantânea

Eu falo de uma massa, que não é espaguete.

É uma massa crua, é o menino de rua, rotulado de pivete, pela educação escrava.

Eu falo de uma massa que não é macarrão.

É o guri sem teto, sem afeto, analfabeto, seu colchão é o chão, vida de cão sem raça.

Eu falo de uma massa que não é massa folhada.

Pede grana no sinal, só tem folha de jornal, contra o frio da madrugada, sua pele é sua couraça.

Eu falo de uma massa que não é de pastel.

Recheada de vento e dormindo ao relento,

O seu teto é o céu, seu recheio é só carcaça.

Eu falo de uma massa que não é ravioli.

Intragável, indigesta, que a princípio não presta.

E que ninguém engole, e que no mole, despedaça.

Eu falo de uma massa que não é parafuso.

É o moleque inteligente que de tanto solvente, vai ficando confuso, enquanto o tempo passa...

Eu falo de uma massa que não é panqueca.

Fissurada no crack, a mente sente o baque, enquanto o corpo seca, e a vida embarça.

Eu falo de uma massa que não é capelete.

Não tem armas pra luta, nem força pra disputa, por isso nem compete, fica vivo por pirraça.

Eu falo de uma massa que não é um miojo.

Boicotada, atrofiada, que não é valorizada, a elite tem nojo, seu paraíso é a praça.

Vem agora e abraça a massa instantânea, que não quer ficar no molho, mas transcender o teu olho, que tua atitude espontânea, vem agora e ABRAÇA!'

Poema de Carlinhos Guarnieri – Redutor de Danos



APRESENTAÇÃO

Prezado aluno

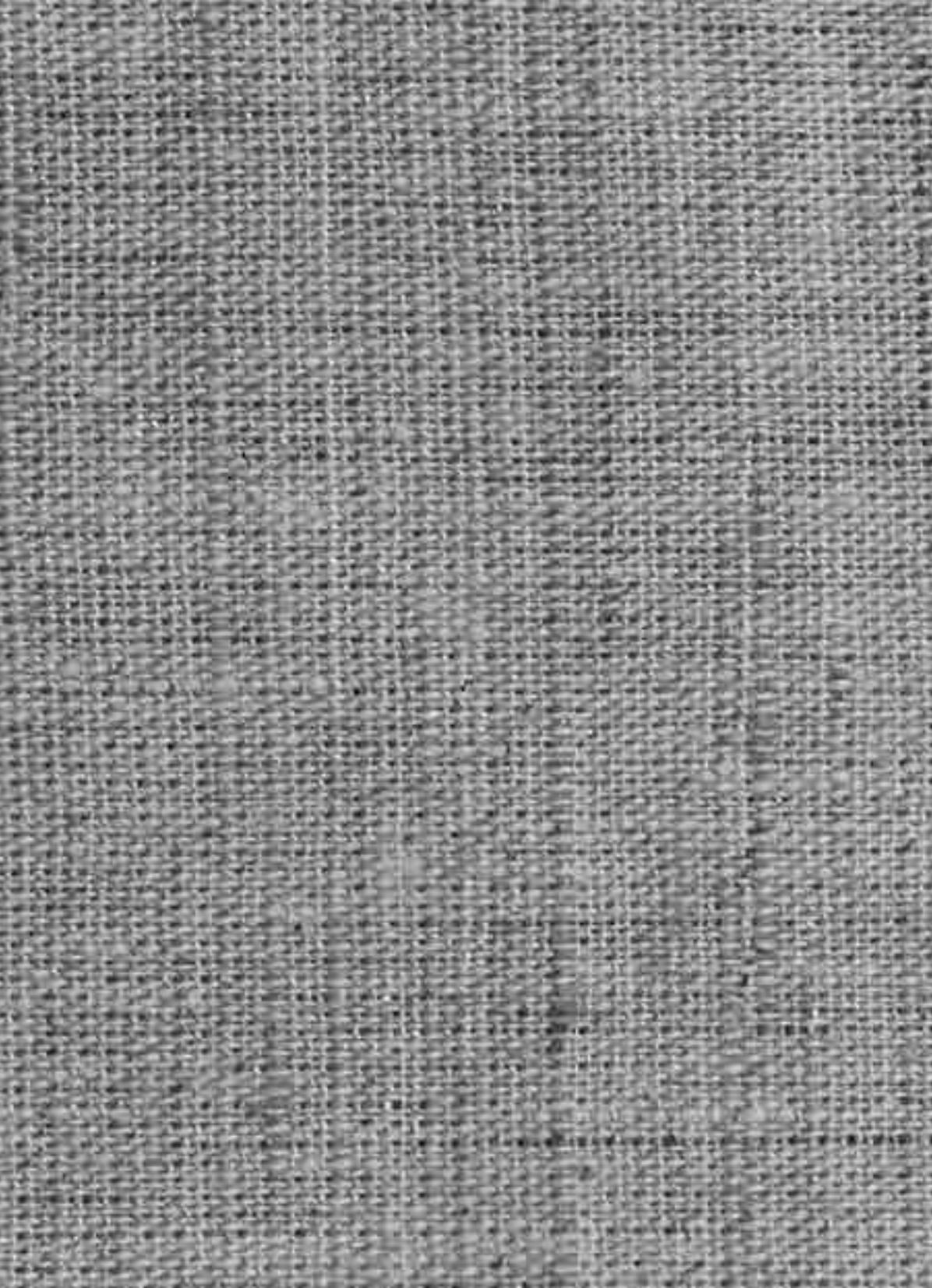
Este caderno faz parte do material didático do curso de formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENf) da Atenção Básica, do qual você estará participando. O curso tem como objetivo contribuir com a sua formação, para que possa atuar como agente de mudança nas práticas de cuidado em saúde mental e uso prejudicial de drogas.

O curso foi pensado a partir do seu processo de trabalho, reunindo, aproveitando e valorizando as práticas e vivências de cada um no seu próprio território. Portanto, contamos com o envolvimento e a participação de todos na descoberta de novos caminhos e na criação de melhores alternativas para enfrentar os desafios que envolvem o tema da saúde mental.

O projeto tem como uma das suas metas preparar os ACS e ATEnf para que desenvolvam ações de cuidado à saúde das pessoas, sempre respeitando as características e demandas de cada situação e de cada usuário. Para isso, contamos com a participação e o engajamento de cada um de vocês que atuam na atenção básica, de forma que possam reconhecer as singularidades de cada situação e traçar formas de tratamento e de construção de redes de cuidado voltadas para a defesa da vida.

Essas ações devem estar de acordo com as competências da atenção básica, com foco na promoção da saúde e prevenção das doenças, favorecendo assim a lógica da redução de danos e das ações não manicomialis.

O curso vem, justamente, oferecer dispositivos para ajudá-los a reconhecer as situações problemáticas presentes no dia a dia dos seus territórios e a facilitar o acolhimento necessário dos usuários, por meio da mobilização e articulação de uma rede de apoio social e comunitária.



SOBRE O CURSO

O curso tem uma **carga horária de 60 horas**. Destas, 40 horas serão por meio de atividades presenciais, e 20 horas na modalidade de dispersão, a serem realizadas nos seus territórios de atuação.

O CURSO FOI ORGANIZADO A PARTIR DE TRÊS EIXOS TEMÁTICOS:

EIXO 1 • Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental;

EIXO 2 • A Caixa de Ferramentas dos ACS e ATEnf na Atenção Básica;

EIXO 3 • Eixo transversal: Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do Cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas.

Durante a realização do curso você terá o acompanhamento de tutores, que serão responsáveis pelo processo de formação e acompanhamento das atividades desenvolvidas no decorrer do curso.

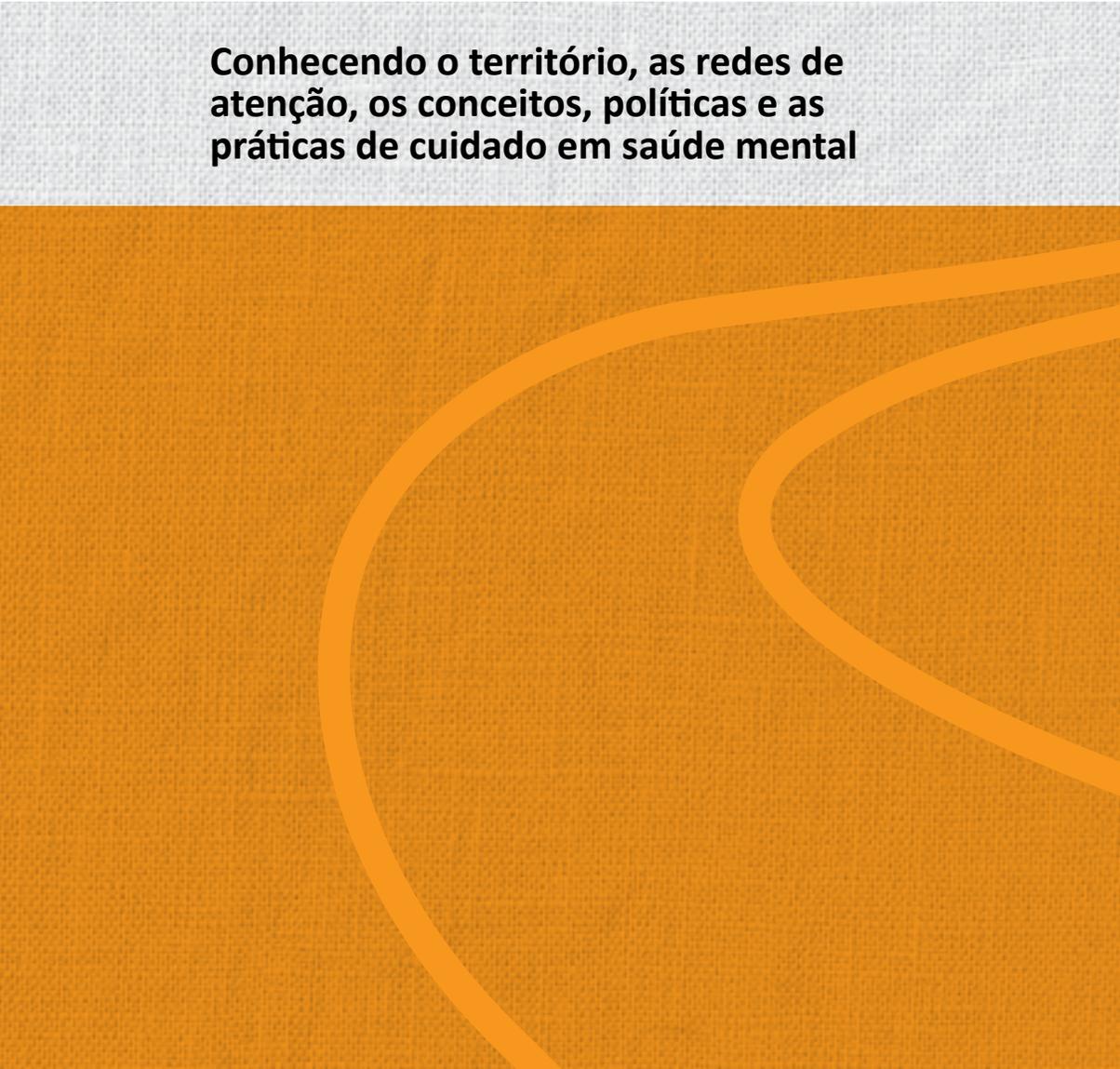
A aprovação se dará mediante frequência mínima de 75% nas aulas. Os certificados estarão disponíveis na Internet, podendo ser impressos por cada um dos participantes em sua própria residência ou então na Secretaria de Saúde de seu município ou estado.

O desafio que convidamos você a assumir conosco é o de ser protagonista de um processo de formação permeado pela reflexão, que dialogue com a realidade de cada um e da equipe da qual faz parte, e que seja capaz de contribuir para ampliação de modos de pensar e fazer em saúde, qualificando a atuação de cada um no cuidado em saúde mental e no uso prejudicial de drogas.

DESENVOLVIMENTO
DAS **ATIVIDADES**

EIXO 1

Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental



1º dia



TEMA

TERRITÓRIO E INTRODUÇÃO À TEMÁTICA DAS DROGAS



OBJETIVOS

- Conhecer e identificar a produção de bem-estar e prazer, os problemas de saúde e o cuidado em seu território;
- Mapear o território e suas vulnerabilidades;
- Problematizar, desnaturalizar os (pré)conceitos sobre drogas e cuidado.



MANHÃ

Atividade de acolhimento dos alunos

Participar da dinâmica de apresentação

Pactuar com colegas e tutores um contrato de convivência: combinação de horários, frequência, avaliação

Assistir à apresentação do curso: objetivos, metodologia, cronograma e atividades a serem desenvolvidas

Assistir ao vídeo lúdico que problematiza os preconceitos sobre os usuários de drogas



Tempo sugerido: **2 horas** • Intervalo: **15 min**

Participar da atividade de mapeamento inicial dos territórios

Em quatro grupos, reunidos por proximidade de território de atuação, e considerando suas práticas cotidianas, construa com seus colegas um mapa de um território fictício.

- Compartilhe com o grupo um Retrato Falado do seu território, considerando as seguintes características: socioculturais, infraestrutura, tipo de população, tipo de moradias, aspectos geográficos e presença de áreas de vulnerabilidade;
- Em cada grupo, a partir da mistura desses retratos, utilizando o material disponível, desenhem um mapa em que apareçam as características que considerarem mais importantes de cada Retrato Falado, construindo um novo território, composto pelas diversidades do grupo.

Tendo como base o mapa desenhado, identifiquem:

- Quais são os pontos desse território onde as pessoas encontram bem-estar, lazer, prazer, diversão?
- Quais são os principais problemas de saúde que o grupo identifica no território?
- Quais são os espaços de cuidado que vocês conhecem no território?



Tempo sugerido: **2 horas**



TARDE

Apresentar as produções de cada grupo e debater coletivamente, salientando as diferenças, semelhanças e relações existentes entre os territórios construídos.

Para sistematizar os debates sobre território, fazer a leitura e reflexão coletiva do conteúdo do **Texto de Apoio nº 01: Território e Cartografia: operacionalizando conceitos. (p.71)**



Tempo sugerido: **2 horas** • Intervalo: **15 min**

Para pensarmos sobre o tema das drogas, convidamos você a assistir os fragmentos do vídeo da série: Não é o que parece – Fora de Si. Registre o que mais chamou a sua atenção, ressaltando algum aspecto que você associou ao cuidado em saúde.



PENSE NISTO

O tema das drogas é muito mais abrangente e complexo do que às vezes parece ser. Para compreendermos essa questão é importante suspendermos nossos (pré) conceitos e olharmos de maneira ampliada: considerando as diversas culturas e histórias individuais e coletivas.



Tempo sugerido: **45 min**

Reúnem-se em pequenos grupos e reflitam sobre as atividades que as pessoas gostam de fazer e quais as consequências positivas e negativas decorrentes dos excessos; e preencham o quadro:



Atividades que vocês gostam de fazer, conforme a dinâmica de apresentação	Consequências POSITIVAS em caso de excesso	Consequências NEGATIVAS em caso de excesso

Refletir com os colegas do grupo sobre a relação entre o que foi visto no vídeo e o que foi produzido na dinâmica, sistematizando as principais questões para socializar com a turma.



PENSE NISTO

Podemos perceber que as pessoas têm diferentes sensações com as mesmas atividades. O que para uns pode ser muito bom – trazendo consequências positivas –, para outros pode trazer prejuízos. Portanto, uma mesma atividade pode desencadear: prazer, riscos, bem-estar, sofrimento, alegria, adoecimento, etc. Assim também as pessoas que usam drogas sentem seus efeitos e consequências de maneira diferente.



Tempo sugerido: **1 hora**

Combinar as atividades a serem desenvolvidas durante o período de dispersão.



Tempo sugerido: **15 min**



ATIVIDADES DE DISPERSÃO Nº 01

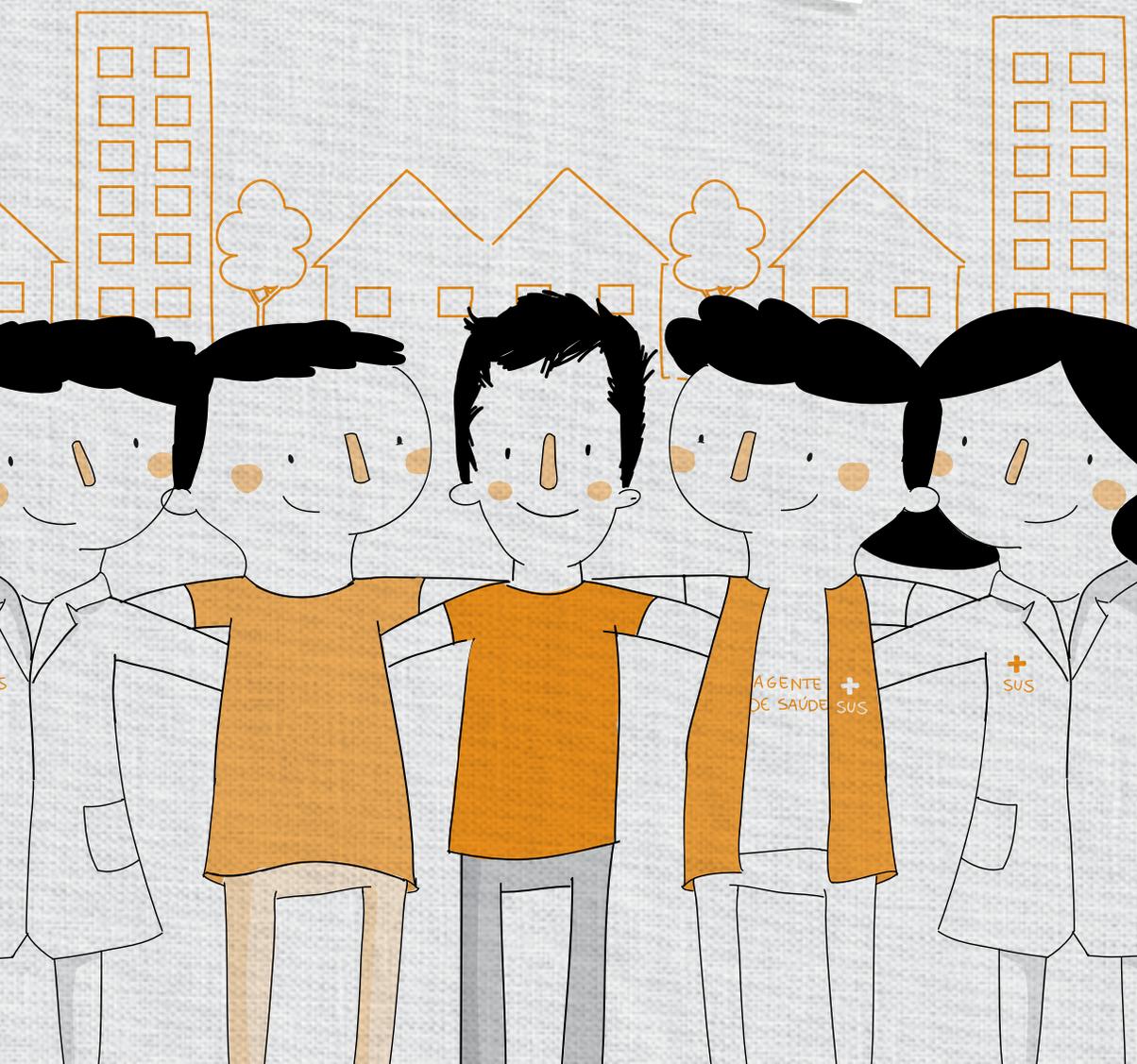
Em grupos, por equipe de ESF, caminhem pelo seu território, identificando espaços que constituam redes de apoio que produzam bem-estar, prazer, lazer. Utilizem como base as questões norteadoras trabalhadas na atividade de mapeamento inicial dos territórios e as discussões realizadas. A partir desses olhares, acrescentem esses novos elementos ao Retrato Falado de seu território, que vocês descreveram em sala de aula. Anotem nos seus cadernos, para serem retomados no quinto encontro, ao abordarmos o tema das redes de cuidado.



ANOTAÇÕES

A series of horizontal orange lines providing space for notes, starting from the top of the page and extending down to the bottom.

2º dia



TEMA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO BÁSICA, POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL E POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**OBJETIVOS**

- Conhecer a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde;
- Conhecer as atuais políticas e estratégias nacionais utilizadas para o cuidado integral em saúde mental e de usuários de álcool e outras drogas;
- Ampliar o entendimento sobre saúde mental e sua interface com a atenção básica.

**MANHÃ**

Reunidos em grupos, de acordo com cada ESF ou proximidade de território, discutam as seguintes questões:

- O que vocês consideram serviços de Atenção Básica?
- Quais as ações de cuidado de saúde das pessoas que são desenvolvidas na atenção básica em seu território?
- O que vocês entendem sobre atenção integral e como esse princípio do SUS se materializa no seu local de trabalho?

Relatem e debatam com a turma as reflexões de cada grupo.



Tempo sugerido: **2 horas** • Intervalo: **15 min**



Após refletirem sobre a realidade da atenção básica no local onde atuam, divididos em quatro grupos convidamos vocês a lerem os quatro fragmentos do texto “Saúde Mental e Saúde Coletiva”, de Amarante e Lancetti, e também de Saúde Mental na Atenção Básica, do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental.

Questão norteadora para o debate em grupo:

- Como vocês relacionam o conteúdo lido nos trechos com o trabalho realizado na Atenção Básica?

GRUPO 1 | SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA

Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos, dentre outros.

Com as novas diretrizes propostas para área da saúde nos últimos anos no plano mundial (até mesmo por recomendação da Organização Mundial da Saúde) outros profissionais dessa área, especialmente os que operam na atenção primária e outras áreas, são convocados para intervir nos processos de reabilitação das pessoas que ouvem vozes, usam drogas de maneira suicida, sofrem angústias, violências e opressões graves.

Cada vez menos se busca separar a saúde física da saúde mental. O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência, da organização das políticas e da formação profissional, da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico.

O lugar privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde existentes nos territórios onde as pessoas vivem.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços que têm a atribuição de atender pessoas com graves problemas psíquicos; alguns CAPS têm camas para acolher pessoas em crise. Os CAPS, (...) trabalham cada dia mais conectados com as unidades de saúde. Os pacientes são os mesmos e a experiência vem demonstrando que o trabalho conjunto é mais eficaz e menos danoso para os profissionais de saúde.

Ao contrário do que muitos supõem, a possibilidade de intervir em situações que outrora eram exclusividade de psiquiatras, policiais ou religiosos, e de intervir com eficácia, traz recompensa e alegria a dura vida dos trabalhadores de saúde.”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GRUPO 2 | SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

As demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais perceber quais as práticas de saúde mental que podem ser realizadas por todos os trabalhadores na Atenção Básica, independentemente de suas formações específicas.

As ações de saúde mental que podem ser realizadas no território das equipes não exigem necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde, basta que incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

Ressalta-se que muitas práticas em saúde mental já são realizadas por diferentes profissionais no âmbito da Atenção Básica, porém nem sempre são entendidas como de saúde mental pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços de Atenção Básica.

A Atenção Básica tem, como um de seus princípios, possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que necessitam cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica levanta muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde, que nem sempre se colocam disponíveis como ouvinte e cuidador dos usuários com algum tipo de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília, 2013.

GRUPO 3 | SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) os pacientes conhecem os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários pelo nome. E os membros da equipe de Saúde da Família (SF) também conhecem os pacientes pelo nome. Conhecem cada dia mais suas histórias e o território existencial e geográfico.

Os múltiplos procedimentos e o fato de serem sempre essas mesmas pessoas permitem uma continuidade nunca vista em outras modalidades de atendimento. Essa continuidade exige dos profissionais de saúde lidarem com o sofrimento humano. Lidar com famílias e suas histórias gera angústia, entusiasmo, impotências, medo.

Os usuários do sistema de saúde depositam nos membros das equipes as mais variadas formas de amor, ódio, esperança; e os profissionais também experimentam diversas maneiras inusitadas de relacionar-se com eles. Esse campo relacional pode ser posto a serviço de objetivos terapêuticos ou transformar-se em carga insuportável. Daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais da saúde mental.

A ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político.

O simples encaminhamento para departamentos ou setores especializados não funciona no caso da saúde da família. Parte significativa da população sofre de algum distúrbio psíquico, três por cento com gravidade. Muitos desses pacientes nem sequer vão aos serviços de saúde mental ou de psiquiatria, e às vezes a forma de intervenção da estratégia da família é mais incisiva e tem potencial de operar mudanças maiores que as do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, certamente, maiores que as do Hospital Psiquiátrico.

O médico de família e, algumas vezes, o agente comunitário de saúde têm poder vinculador muito maior que um psiquiatra ou um psicólogo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GRUPO 4 – SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

Antigamente os velhos psiquiatras e psicólogos olhavam para um paciente e já o classificavam como: psicótico, perverso, neurótico,

etc. Esses profissionais não buscavam conhecer a biografia (história de vida), o meio no qual o sujeito vivia, as relações que estabelecia com grupo familiar, os interlocutores invisíveis que essa pessoa tinha, quais eram suas teorias a respeito do desequilíbrio psíquico e muito menos o que essa pessoa podia, sua potencialidade subjetiva e sua possibilidade de autonomia.

Evidentemente uma pessoa protestante que se desestrutura não entenderá sua desordem da mesma forma que um umbandista. E a adesão ao tratamento será maior se os cuidadores conhecerem a cultura do interlocutor.

Não esqueçamos que o tratamento dado a essas pessoas não está fundamentado no seqüestro como ocorria no hospital psiquiátrico, o combate de concepções era mais ou menos assim: o paciente diz que as vozes que ouve são devidas a um trabalho que lhe fizeram (um ebó, por exemplo), e o técnico “psi” diz que é paranóia.

Não se trata de abandonar os conhecimentos técnicos de psiquiatria; psicologia, etc., mas quando se trabalha no território é preciso conhecer a cultura e conversar com as pessoas e seus interlocutores invisíveis. No modelo hospitalocêntrico, ou seja, aquele em que a lógica do cuidado às pessoas era o hospital, os pacientes sofriam contenção, no modelo do território recebem continência, isto é acolhimento e escuta.

A SF já desenvolve uma série de práticas que podem ser consideradas práticas de saúde mental: caminhadas de hipertensos, intervenções ambientais, consultas médicas, odontológicas, etc.

Mesmo em situações complexas, a ação dos profissionais que não possuem experiência em saúde mental é fundamental para o desenvolvimento da programação terapêutica. Por exemplo, a uma pessoa deprimida pode-se prescrever caminhadas junto com hipertensos e antidepressivos. Ou ainda participar das muitas atividades coletivas que desenvolvem as unidades de saúde da família.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.



Tempo sugerido: 1 hora

Compartilhar a produção dos grupos com a turma, salientando os pontos de maior relevância identificados, e participar do debate coletivo sobre o tema.



Tempo sugerido: 1 hora



TARDE

Para que vocês conheçam melhor a “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004), formem quatro grupos.

Cada pequeno grupo tem como tarefa ler um dos quatro fragmentos de texto da política que seguem abaixo, debater e registrar os aspectos mais importantes contidos nos textos, relacionando-os com suas realidades de trabalho.

Salientar as ações que são desenvolvidas por vocês e pela equipe no que tange ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas.

Relatar para o grande grupo.

GRUPO 1

“O compartilhamento de responsabilidades, de forma orientada às práticas de efeito preventivo, também não deve abrir mão da participação dos indivíduos diretamente envolvidos com o uso de álcool e outras drogas, na medida em que devem ser implicados como responsáveis por suas próprias escolhas, e como agentes e receptores de influências ambientais (MARLATT, 1999). Também não deve dispensar a participação dos que não estão diretamente envolvidos, ao contrário: as intervenções de cunho preventivo devem ser aplicáveis para toda a população, considerando que a maior parcela da mesma ainda não foi atingida pelo problema em

questão, e que um grande contingente de indivíduos se encontra em grupos de baixo/moderado risco para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Isto ratifica a consideração estratégica da redução de danos, uma vez que possibilita um planejamento mais flexível e abrangente de atividades preventivas, dentro de um contexto de saúde pública.”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl.-Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

MARLATT, G. Alan. **Redução de Danos: estratégias práticas** Para lidar com comportamentos de alto risco. Porto alegre, artes Médicas Sul, 1999.

GRUPO 2

Aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e, por consequência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, eqüânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (*BRASIL, 2004, p. 30*).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl.-Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

GRUPO 3

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações mínima-

mente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente. Também vale a pena ressaltar que, se existem fatores de risco – características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a ocorrência do uso indevido de álcool e drogas, também existem fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental; estando interligados de forma consistente. Desta forma, se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido (BRASIL, 2004, p. 35).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*/Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl.-Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

GRUPO 4

Os CAPS AD atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelam de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Os CAPS AD oferecem atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo uma gama de atividades que vão

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004, p. 35).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl.-Brasília:Ministério da Saúde, 2004.



Tempo sugerido: **1 hora e 45 min**

Assistir ao filme “Bicho de sete cabeças”, refletir e debater o seu conteúdo à luz dos princípios da reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.



Tempo sugerido: **2 horas**

Combinar a atividade de dispersão nº 02



Tempo sugerido: **15 min**



ATIVIDADE DE DISPERSÃO Nº 02

Para introduzir o tema da Redução de Danos, **indicamos a leitura do texto de apoio n.02**, excerto da entrevista de Domiciano, publicada no “Em cena”: A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM – **pág. 74**

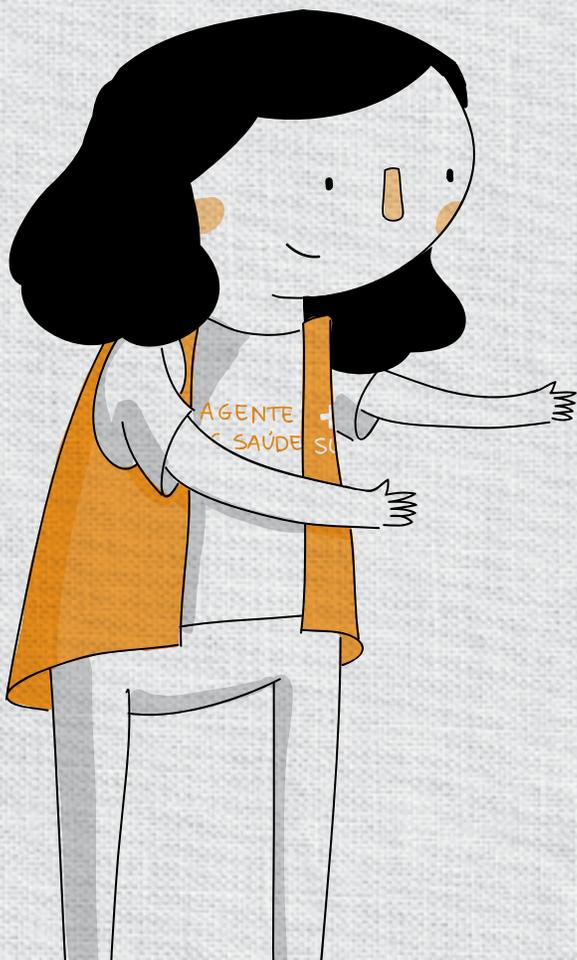
Em pequenos grupos, por ESF ou Unidade Básica, pesquisar se no território é desenvolvida alguma ação de redução de danos, se existem redutores de danos no território, se utilizam a estratégia de redução de danos em suas vidas ou nos serviços onde trabalham. A tarefa permite diferentes e criativas formas de apresentação: dramatização, vídeo, música, etc. Pode ser convidado um redutor de danos para participar da roda de conversa na sala de aula no próximo encontro.



ANOTAÇÕES

A series of horizontal orange lines for writing notes, starting from the top of the page and extending down to the bottom.

3º dia



TEMA**REDUÇÃO DE DANOS****OBJETIVOS**

- Conceituar Redução de Danos para além da estratégia técnica, como paradigma ético e político;
- Conhecer a história da Redução de Danos no Brasil e sua articulação com a Saúde Mental e Atenção Básica;
- Pensar e construir estratégias de cuidado a partir da diretriz da Redução de Danos.

**MANHÃ**

Apresentar o material produzido pelo grupo, durante o período da dispersão e participar de uma roda de conversa sobre o tema da Redução de Danos (RD), com profissionais que atuam como redutores de danos ou outro convidado indicado pelos tutores.

Questões para auxiliar no debate a respeito de redução de danos:

- O que é Redução de Danos?
- Quais são as estratégias de cuidado com base na Redução de Danos?
- Quais as possibilidades de articulação e implementação da RD no cotidiano de trabalho dos ACS e ATEnf e como essa estratégia dialoga com a Atenção Básica?



Tempo sugerido: **1 hora e 30 min**

Assistir ao vídeo “**Causos e Histórias da RD no Brasil**” que traz a história da Redução de Danos e sua articulação com a Saúde Mental. Refletir e debater sobre o seu conteúdo, com enfoque nas estratégias de RD e sua relação com as práticas de saúde existentes em seu território de atuação.



Tempo sugerido: **1 hora e 30 min**

Para finalizar as atividades da manhã, **sugerimos a leitura coletiva e debate do texto de apoio nº 03 “Paixões e Químicas”,** de Sandra Djamboladjian Torossian (p. 80).



Tempo sugerido: **1 hora**



TARDE

A estratégia de Redução de Danos nos permite refletir sobre as relações afetivas que estabelecemos ao longo de nossa vida, incluindo as relações de autonomia, autocontrole e dependência. Nessa perspectiva, convidamos você a participar da **dinâmica da troca** e trazer as questões que surgirem no debate para pensar as diferentes relações de dependência e autonomia que estabelecemos com as coisas, as pessoas, as situações, etc.

A partir das reflexões e debates suscitados pela dinâmica, vamos ler o trecho para refletirmos sobre dependência e autonomia quando pensamos no cuidado do outro.

***TRECHO:** Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia... Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida. (TYKANORI, 1996, P. 57).*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A.M.F. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo : HUCITEC, 1996.



PENSE NISTO

Normalmente imaginamos que uma pessoa autônoma não depende de nada ou de ninguém para viver. Mas, alguns autores da saúde mental têm nos mostrado que o mais importante é reconhecer as nossas dependências, e não limitarmos essas dependências a uma só coisa ou pessoa. Assim, se tivermos muitas coisas importantes e que nos auxiliem em nossa vida, poderemos ter a autonomia para escolher e transitar entre essas diversas opções e de acordo com nossas necessidades.



Tempo sugerido: **1 hora e 30 min • Intervalo: 15 min**

Divididos em cinco grupos, façam a leitura dos textos listados abaixo, correlacionando-os com o **caso nº1 (p.107)**, refletindo e identificando em que momentos do processo de cuidado, e de que forma, podem ser utilizados os instrumentos de intervenção propostos abaixo, como: **escuta, acolhimento, vínculo e corresponsabilização, matriciamento. Após o termino da discussão, apresentar para a turma.**

a. ESCUTA

Não raramente, os profissionais oferecem atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço de desabafo para o paciente. A atitude de desabafar e de escutar o desabafo é comum no dia a dia de muitas pessoas, independentemente de elas exercerem um ofício profissional relacionado à saúde.

Por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica específica do profissional de saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor, se comparada a outras condutas técnicas. Contudo, essa desvalorização do espaço para a escuta não deve minimizar sua importância e potência, principalmente no trabalho na Atenção Básica.

É uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde para que o paciente possa contar e o profissional ouvir o seu sofrimento de outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que apresente sua disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer. A partir dessa aposta, entendemos que o usuário encontrará no profissional de saúde uma pessoa interessada por sua vida e em ajudá-lo.

Na medida em que a unidade de Atenção Básica e seus trabalhadores consigam oferecer o cuidado em saúde ao longo do tempo, torna-se possível constituir ou fortalecer uma relação de vínculo e de confiança mútua, com melhores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a nos contar.

Com isso, a escuta pode ser definida como um dispositivo, uma tecnologia, uma ferramenta do campo das relações, e representa a possibilidade de se construir uma nova prática em saúde, buscando dar respostas adequadas às demandas e necessidades das pessoas.

O processo de escuta no cuidado em saúde possibilita identificar inúmeras formas de abordagens de cuidado. A “escuta sensível” é um tipo de escuta que se apoia na empatia. Ter empatia significa ser capaz de sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro, para compreendê-lo dentro de suas próprias atitudes e comportamentos.

Em um processo de escuta devemos considerar que cada pessoa possui uma explicação para seu adoecimento e para sua vida, e cabe ao profissional saber escutar e considerar esses elementos na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). A construção de um projeto terapêutico deve ter seu objetivo definido coletivamente, assim, elimina-se da ação em saúde o ato

autoritário do profissional da saúde para com o usuário. É preciso (re)construir com o usuário seu projeto de vida, respeitando os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Na construção do PTS, quanto mais o sofrimento for compreendido e correlacionado com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, porque o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. A escuta é mediadora do diálogo. O trabalhador de saúde comprometido com a comunidade não teme o encontro com a população, nem teme o diálogo com ela, de que resulta o grande saber de ambos (FREIRE, 1997). Pode não ser possível fazer uma escuta detalhada o tempo todo para todo mundo, nem a construção de PTS para todos, mas é possível escolher quem precisa mais, quem não está conseguindo “andar com as próprias pernas”. Para estes, são necessários a escuta e o cuidado singularizados, temperando encontros clínicos com “frestas de vida”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 34**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MARICONDI, M.A., CHIESA, A.M. A transformação das práticas educativas em saúde no sentido da escuta como cuidado e presença. **Cienc Cuid Saude**, Out/Dez; 9(4):704-712. 2010.

b. ACOLHIMENTO

O acolhimento é um modo de organizar o trabalho das equipes de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas/necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social.

Trata-se, portanto, de um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações entre os profissionais, destes com os usuários, e sua rede social, por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde. É um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário, que pode ampliar do acesso das pessoas aos serviços e às ações de saúde, como um dispositivo de cuidado e de organização do processo de trabalho da equipe.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Nessa perspectiva, o acolhimento provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e no modo como cuidam das pessoas. O que vimos tradicionalmente é o acolhimento se transformando em triagem para consulta médica. Para que isso não aconteça, é preciso que a equipe disponibilize um conjunto de ofertas que possam ser acionadas de acordo com as necessidades de cada usuário e população, identificadas por ocasião de uma escuta qualificada das demandas.

Existem vários modos de realizar o acolhimento na atenção básica, e nenhuma receita pronta. A equipe deve, no seu dia a dia de trabalho, experimentar formas de acolher de modo que possa ir ajustando à realidade de cada local.

Através do processo de acolhimento torna-se possível identificar e compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde das pessoas para intervir e dar respostas concretas aos usuários, bem como para apoiar e acionar os diferentes pontos da rede de serviços de saúde, das redes sociais e comunitárias, na perspectiva do cuidado integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea/Ministério da saúde**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cader- nos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013.

C. VÍNCULO

Vínculo significa algo que ata ou liga as pessoas, indica relações com duplo sentido, compromissos de profissionais com os usuários e destes com os profissionais, portanto a criação de vínculos depende do movimento e desejo, tanto dos usuários, quanto da equipe. O vínculo é um dispositivo de intervenção que possibilita a troca de saberes entre o técnico e o popular, o objetivo e o subjetivo, contribuindo para construção de projetos terapêuticos elaborados na perspectiva da integralidade da atenção em saúde.

O Projeto Terapêutico é construído por meio do vínculo, materializado em um plano de ação compartilhado e composto por um conjunto de intervenções que seguem a intencionalidade do cuidado integral à pessoa. Nesse projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Ele deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas

dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que este é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação.

Na Atenção Básica e principalmente na Saúde Mental, o vínculo torna-se decisivo na relação de cuidado entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, pois facilita a construção da autonomia, a corresponsabilização e o compartilhamento de ações terapêuticas, com potência para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros, o que significa dizer que o vínculo se expressa pela circulação de afetos entre as pessoas. Um usuário pode associar um profissional com alguém familiar e vice-versa.

Nesse processo, a Equipe de Referência tem a responsabilidade técnica pela condução de um caso e a relação de cada membro da equipe com o usuário e familiares é singular, permitindo que as possibilidades de construir com o sujeito se multipliquem. A construção do vínculo no cuidado às pessoas com sofrimento depende, ainda, do modo como os trabalhadores de saúde se responsabilizam pela saúde dos usuários e suas singularidades do processo de cuidar.

Na medida em que trabalhadores consigam oferecer o cuidado em saúde ao longo do tempo, torna-se possível fortalecer relações de vínculo, e então se tem maiores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a nos contar. Nesse sentido, o vínculo, favorece e direciona o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que se constroem laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários, família e trabalhadores de saúde. O vínculo deve buscar uma conduta cuidadora, resolutiva e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 34**. Brasília, 2013.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2, 2011.

d. CORRESPONSABILIZAÇÃO

Quando falamos em transformar as práticas de saúde, estamos nos referindo às mudanças no campo da gestão e no campo da atenção à saúde. Essas mudanças passam pela ampliação do acesso com qualidade às ações de saúde, como também pela ampliação do processo de corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários. Para tanto, é preciso que se construam estratégias autônomas, implicadas com a produção de saúde, que permitam aos sujeitos atuarem como protagonistas e corresponsáveis pela construção de sua própria saúde, do mundo em que vivem e das práticas de cuidado.

A responsabilização compartilhada entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços busca contribuir para a integralidade do cuidado à saúde, principalmente por intermédio da ampliação da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

Em se tratando da Atenção Básica, especialmente no campo da saúde mental, a questão da corresponsabilização e a criação de laços de compromisso tornam-se fundamentais, constituindo-se em um novo modo de agir em saúde, em que as responsabilidades pelo cuidado dos usuários são compartilhadas pelas famílias e pelas equipes de saúde.

No entanto, devemos ficar atentos, pois, para que os usuários e as famílias assumam responsabilidades, eles precisam compre-

ender o significado da relação de corresponsabilidade que queremos estabelecer, e as implicações que esse conceito pode ter. Não se trata de delegar, transferir responsabilidades que são das equipes de saúde para os usuários, às famílias e população, mas de juntos construir projetos terapêuticos solidários, de forma que tanto os usuários quanto as famílias sintam-se capazes de assumir a responsabilidade pela sua saúde e seu próprio cuidado.

Para isso, os trabalhadores de saúde precisam socializar, trocar experiências, compartilhar informações, orientações, de tal forma que os usuários e familiares sintam-se empoderados e com capacidade para desenvolver o autocuidado, a autonomia e a corresponsabilidade pela sua própria vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 34**. Brasília, 2013.

CHIAVERINI, D. H., (Org) et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. MS, Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, p. 236, 2011.

e. APOIO MATRICIAL

Quando falamos em Apoio Matricial ou Matriciamento, estamos nos referindo a um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, através de uma construção compartilhada, elaboram propostas de intervenção para o cuidado das pessoas. Diferente da lógica tradicional dos sistemas de saúde, que acontece por meio de encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos, etc., no processo de matriciamento as relações entre os serviços de saúde se estabelecem de maneira horizontal, com compartilhamento de estratégia de cuidado.

Nessa lógica, o apoio matricial integra os diferentes saberes nos diferentes níveis de assistência. Se tomarmos como exemplo a saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que temos é o seguinte: A ESF se constitui como equipe de referência para as

pessoas da sua área de abrangência, e responsável pelo cuidado ao longo da vida das pessoas. Já a equipe de apoio matricial será a equipe de saúde mental que atuará quando a ESF solicitar ajuda, e pode ser de algum CAPS, de NASF, ou ainda de outro serviço que tenha especialistas na área.

As duas equipes Juntas (ESF e Saúde Mental) formam um novo arranjo do sistema de saúde, que tem o objetivo de possibilitar a realização de uma clínica ampliada, integrando os saberes de diferentes especialidades e profissões. Ou seja, o apoio matricial é um dispositivo capaz de dar suporte técnico a uma equipe de saúde para que ela amplie seu campo de atuação e qualifique suas ações no território.

O matriciamento deve proporcionar, além da retaguarda de assistência, também o suporte técnico-pedagógico, na perspectiva de construção de projetos terapêuticos, onde o profissional que exerce essa função pode e deve participar do projeto de cuidados individual e coletivo.

Portanto, o matriciamento se dará nos casos em que a equipe de referência sinta necessidade de apoio para desenvolver seu trabalho, especialmente diante de situações difíceis de serem conduzidas pela equipe da atenção básica e que necessitem do olhar e saberes de outras especialidades para agregar novos conhecimentos e ampliar a compreensão, as possibilidades e a capacidade de intervenção das equipes.

Um bom exemplo de matriciamento entre saúde mental e atenção primária se dá através da discussão de casos, em que os envolvidos compartilham os seus entendimentos e questionamentos sobre determinada situação, possibilitando a construção de estratégias em comum, capazes de organizar Projetos Terapêuticos coletivos, ampliados e singulares que respondam às necessidades das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013.

CHIAVERINI, D. H., (Org) et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. MS, Brasília, DF: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.



Tempo sugerido: **1 hora**

Agora, com a turma toda reunida, compartilhem as produções de cada grupo



Tempo sugerido: **1 hora**

Combinar a atividade de dispersão n°3



Tempo sugerido: **15 min**



ATIVIDADE DE DISPERSÃO 03

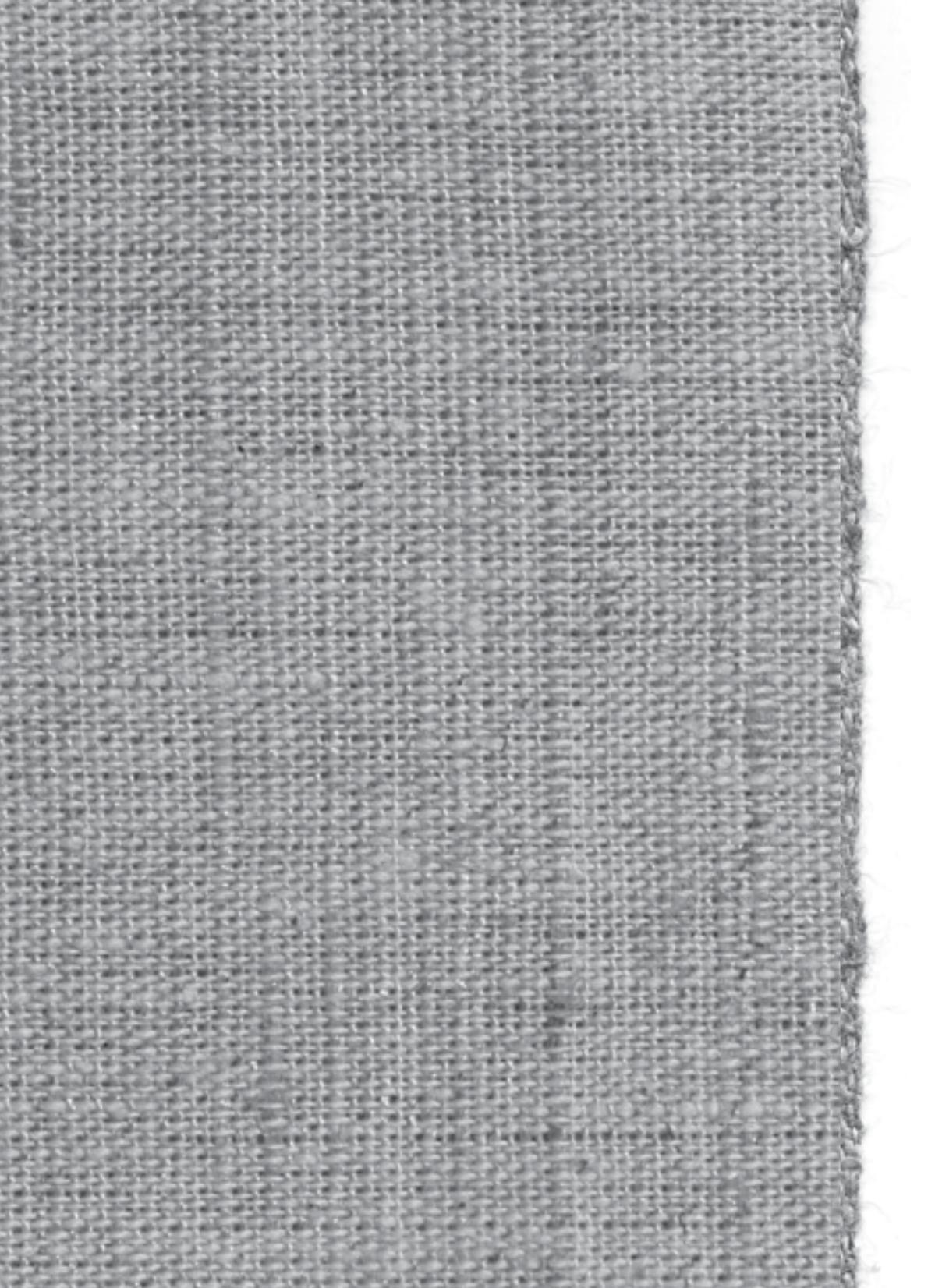
Divididos em grupos, de acordo com seu local de trabalho, vocês deverão discutir com a sua equipe da ESF ou unidade básica o caso trabalhado em aula. Refletir sobre estratégias de intervenção para o caso, planejando ações de cuidado que sejam possíveis de serem viabilizadas pela equipe.

Registrar no seu caderno para apresentação no próximo encontro. Considere que a equipe para o debate e construção da intervenção pode ser desde o grupo de ACS ou ATEnf até a equipe da unidade.



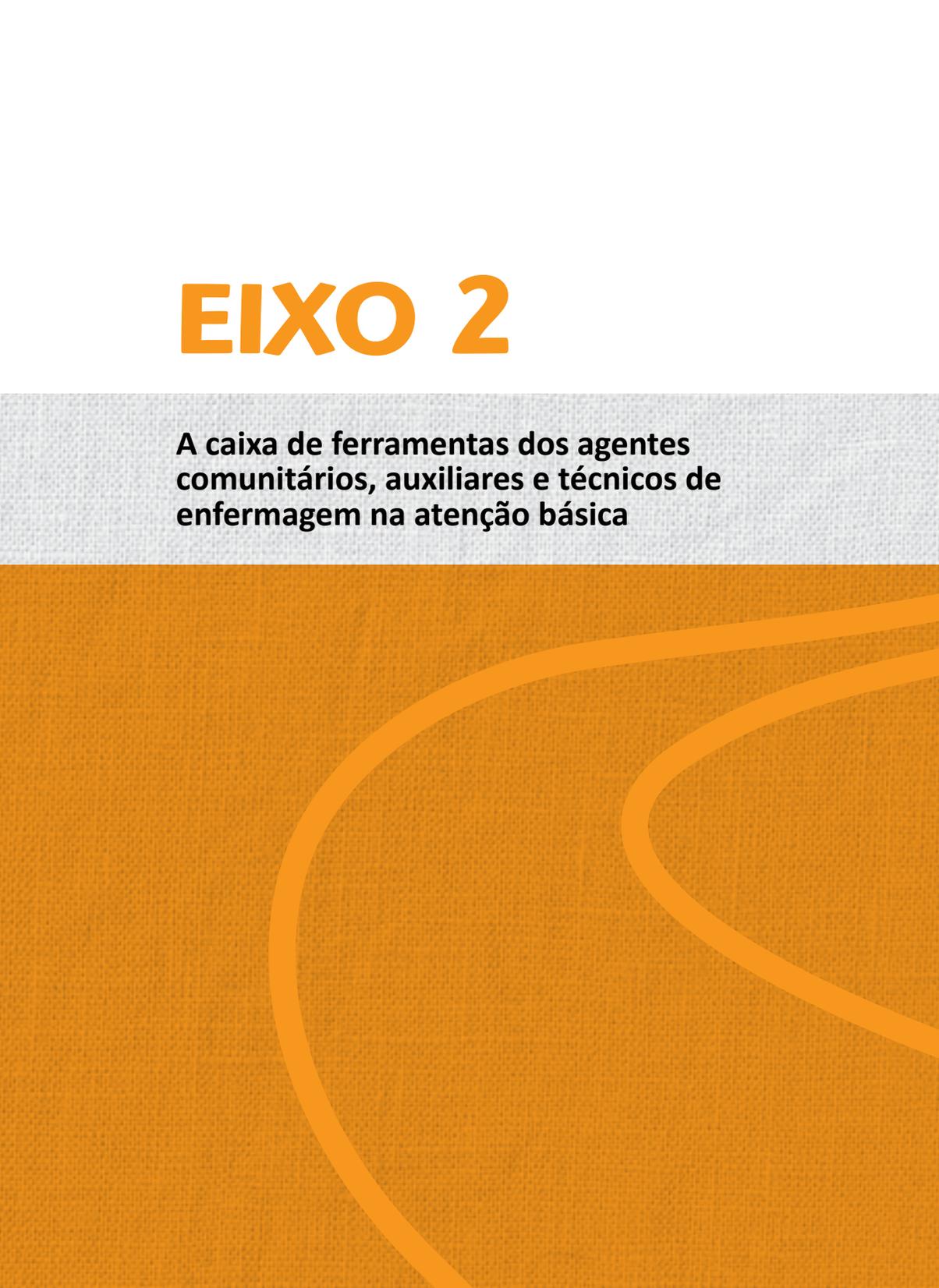
ANOTAÇÕES

A series of horizontal lines for taking notes, starting from the top of the page and extending downwards.



EIXO 2

**A caixa de ferramentas dos agentes
comunitários, auxiliares e técnicos de
enfermagem na atenção básica**



4º dia



TEMA

CAIXA DE FERRAMENTAS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AUXILIARES
E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM



OBJETIVOS:

- Desencadear reflexões sobre os saberes constituídos e práticas realizadas pelos ACS e ATEnf no seu processo de trabalho e que compõem sua caixa de ferramentas;
- Identificar e construir coletivamente estratégias de atuação dos ACS e ATEnf no território.



MANHÃ

Apresentar o resultado das discussões realizadas durante o período de dispersão, salientando as possibilidades de cuidado construídas através dos instrumentos de intervenção.



Tempo sugerido: 2 horas • Intervalo: 15 min

Você já se apropriou de um conjunto de ferramentas que podem ser utilizadas para desenvolver seu trabalho. Agora a proposta é de que se formem quatro grupos. Cada grupo deve ler um texto que aborda outros instrumentos de cuidado em saúde mental e realizar as atividades conforme as orientações abaixo.

Grupo 1 | Projeto Terapêutico Singular

Ler o **texto de apoio nº 4, “Plano Terapêutico Singular” (p.82)**, e o **caso de número 02 (p.108)**; e, a partir das reflexões, construir um PTS.

Grupo 2 | Genograma e Ecomapa

Ler o **texto de apoio nº 5: “Genograma e Ecomapa” (p. 87)**; e, partindo dele e do **caso número 03 (p.109)**, construir um Genograma e um Ecomapa.

Grupo 3 | “Mobilização Social e Comunitária”

Ler o **texto de apoio nº 6, “Mobilização Social e Comunitária” (p. 94)** e **caso número 04 (p.110)**. Partindo do texto e do caso, construir uma proposta de mobilização comunitária e intervenção social.

Grupo 4 | “Rede de Apoio Psicossocial – RAPS”

Ler o **texto de apoio nº 7: “Rede de Apoio Psicossocial– RAPS” (p. 98)**; e, partindo dele e do **caso número 05 (p.111)**, construir uma Rede de Apoio.



Tempo sugerido: **2 horas** • Intervalo: **15 min**

Apresentar e debater as propostas elaboradas por cada um dos grupos, na perspectiva da construção de possibilidades que apontem caminhos para o cuidado das pessoas.



Tempo sugerido: **1 hora e 45 min**



TARDE

Participar da dinâmica da construção da caixa de ferramentas, que pode qualificar as ações a serem desenvolvidas pelos ACS e ATEnf no seu cotidiano de trabalho.

Cada aluno deverá escrever e/ou desenhar em três tarjetas de papel brancas o que considera suas principais ferramentas de trabalho. Colocar no mural. À medida que o mural é construído, com a ajuda do tutor, os participantes agruparão as ferramentas por semelhança.

Observando o mural e aproveitando as suas e as novas ideias, reflita sobre as ferramentas e organize da seguinte maneira: escreva nas tarjetas verdes quais ferramentas que você tem. Nas amarelas, escreva as ferramentas que você considera que precisa para o trabalho; e, nas azuis, você deverá escrever quais ferramentas você pode construir. Ou seja:

- **Tarjetas verdes:** O que tenho?
- **Tarjetas amarelas:** O que preciso ter?
- **Tarjetas azuis:** O que posso construir?



Tempo sugerido: **2 horas • Intervalo: 15 min**

Debater, identificando as principais ferramentas que apareceram nas tarjetas e sua importância para o trabalho na Atenção Básica. Continuar a construção do painel, agrupando os conceitos surgidos a partir de cada uma das perguntas.



Tempo sugerido: 1 hora e 45 min

Após vocês reconhecerem os instrumentos que compõem a sua caixa de ferramentas, que serão utilizados no trabalho que desenvolvem no território, sugerimos a leitura e debate do texto de apoio n.08, “Caixa de ferramentas para o trabalho em Saúde Mental” (p.104).



Tempo sugerido: 45 min

Combinar a atividade de dispersão



Tempo sugerido: 15 min



ATIVIDADE DE DISPERSÃO 04

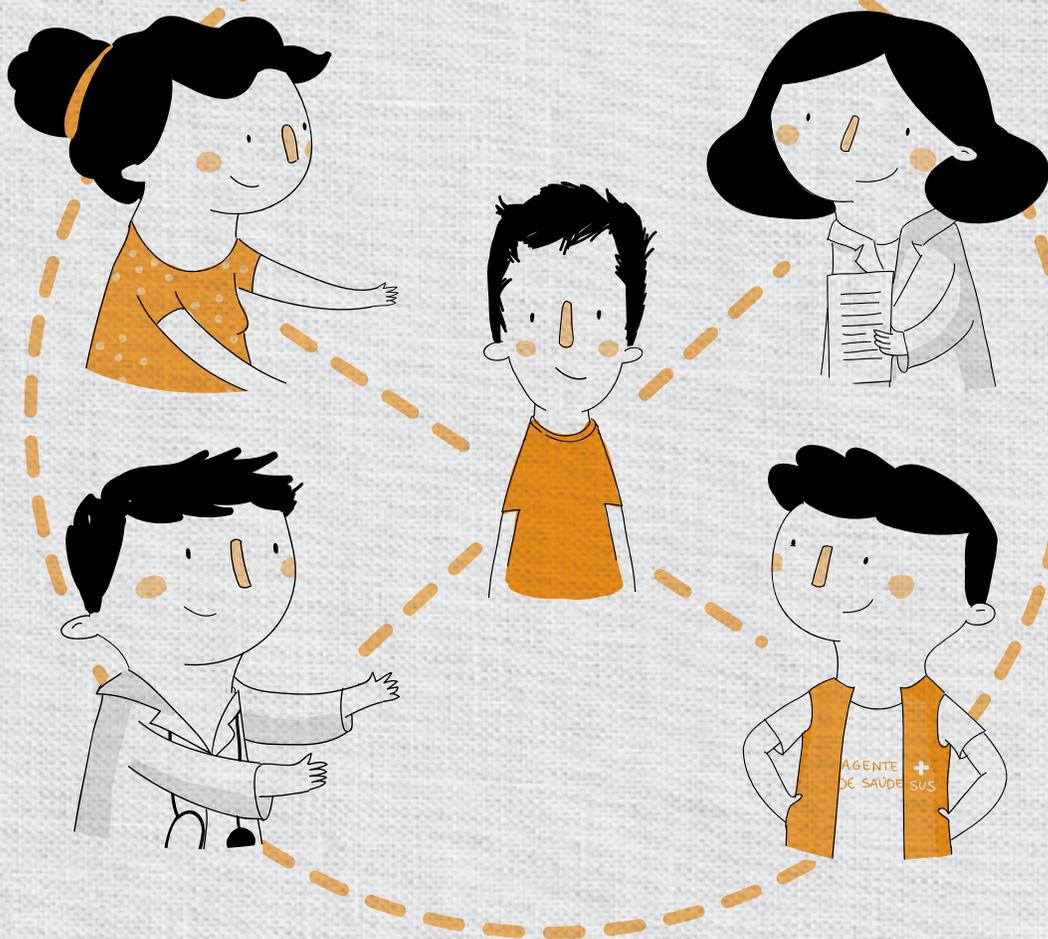
Como vocês já conheceram alguns instrumentos que poderão utilizar no seu cotidiano de trabalho, propomos que individualmente ou em equipe promovam um debate com um grupo da comunidade (sala de espera da Unidade de Saúde, familiares, grupos instituídos na unidade, grupo de bar, vizinhança, etc.). Levar como elemento disparador um vídeo, uma cartilha ou outro material que aborde o tema da saúde mental (que estarão à disposição), na perspectiva da redução de danos, uso prejudicial do álcool e outras drogas. Estimular o debate, e registrar no caderno as questões de maior relevância que aparecerem.



ANOTAÇÕES

A series of horizontal lines for writing notes, starting from the top of the page and extending downwards.

5º dia



TEMA

REDE DE CUIDADO; ATRIBUIÇÕES DOS ACS
E ATENF NA REDE DE CUIDADO EM SAÚDE



OBJETIVOS

- Mapear e discutir as Redes de Cuidado do território;
- Discutir e compreender o papel e as atribuições dos ACS e ATEnf no cuidado em saúde mental;
- Avaliar o curso.



MANHÃ

Compartilhar na roda de conversa as produções do período de dispersão. Contar as experiências, suas especificidades, diversidades, potências e dificuldades encontradas para realização da tarefa.



Tempo sugerido: **2 horas** • Intervalo: **15 min**

Retomar os mapas construídos durante o curso e reunir seus respectivos grupos. Apresentem, no grupo, os novos elementos do Retrato Falado que vocês registraram durante a atividade de dispersão n. 01. Visualizem e discutam no mapa os pontos que entenderem como de uma rede de cuidados em saúde mental, presentes naquele território.

Na sequência, debater as seguintes questões:

- O que entendemos sobre Rede?
- Que Rede temos?
- Que Rede queremos?
- Como a Rede cuida?
- Como cuidamos da Rede?



Tempo sugerido: **2 horas** • Intervalo: **15 min**

Jogo da Rede:

Reúnam-se nos grupos da atividade da manhã e leiam o **caso n.6 (p. 112)**. Convidamos vocês a pensar numa rede de cuidados para o caso, levando em conta o mapa construído pelo grupo.

Para começar, os integrantes de cada grupo devem reunir-se ao redor do seu mapa, colocando-se como se estivessem diante de um jogo de tabuleiro. Cada participante tem sua vez de jogar. Pensando no caso e, com canetas, ligar dois ou três pontos da rede, contando aos companheiros de jogo como essa ligação se relaciona com o caso. O participante seguinte deverá fazer a mesma coisa, porém considerando o que o jogador anterior conectou e falou acerca da situação-problema.

Após todos terem realizado uma jogada, o jogo traz uma nova possibilidade. A partir da segunda rodada, cada participante, na sua vez de jogar, pode, se achar necessário, criar um ponto de rede que não estava presente quando o mapa foi construído. Assim, o participante, para fazer a sua jogada, pode ou criar um ponto novo e conectá-lo com um já preexistente, ou simplesmente utilizar os pontos de que já dispõe. Lembrando que o ponto de rede criado tem de ser coerente com a realidade encontrada no território/município/região de saúde.

Importante: o objetivo não é exclusivamente resolver o caso, mas vivê-lo com uma perspectiva do olhar em rede.

Compartilhar com a turma a experiência, considerando as possibilidades de conexões e articulações em rede.



Tempo sugerido: **2 horas**

TARDE



Como integrantes importantes da rede de cuidados, e considerando o seu processo de trabalho e o aprendizado decorrentes deste curso, em quatro grupos, construam uma proposta que contemple as atribuições dos ACS e ATEnf, explicitando as possibilidades de atuação junto à rede de cuidados em Saúde Mental.



Tempo sugerido: **1 hora**

Compartilhe com a turma as produções e, a partir daí, construam uma proposta coletiva que contemple as diferentes possibilidades de atuação.



Tempo sugerido: **45 min** • Intervalo: **15 min**



Convidamos você a assistir a apresentação do vídeo: “Pedras no Caminho”, e a debater sobre as impressões do mesmo.

Ao chegarmos ao final do nosso curso de formação, reservamos um momento para que vocês possam relatar experiências positivas que vêm desenvolvendo e/ou que o curso os ajudou a identificar como estratégia de cuidado em saúde mental. Cada aluno ou grupo pode fazer a apresentação dessas experiências de forma criativa, através de fotos, vídeos, filme, painéis, etc.



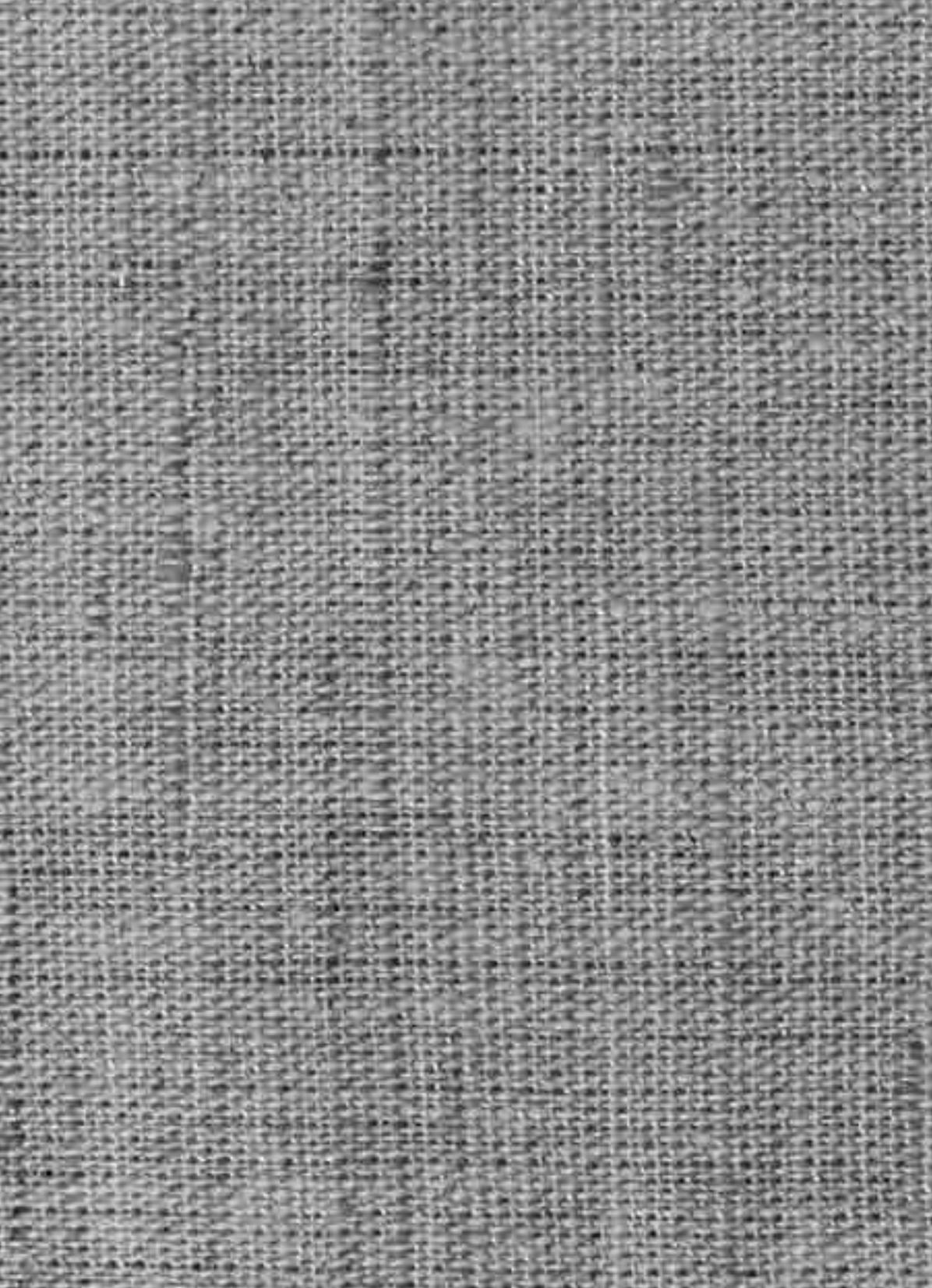
Tempo sugerido: **2 horas**

Participar do processo de avaliação, preenchendo o formulário que será entregue pelo tutor.



Tempo sugerido: **15 min**

ENCERRAMENTO DO CURSO.



**TEXTOS
DE APOIO**

**TEXTO DE APOIO N. 1****TERRITÓRIO E CARTOGRAFIA:
OPERACIONALIZANDO CONCEITOS**

Ao falarmos em território, devemos pensar no lugar em que moramos e de como ele influencia na qualidade de vida que temos. Nessa perspectiva, o território pertence à sociedade de um determinado local, onde se articulam e se estabelecem as relações sociais. O território deve se constituir, em um lugar de promoção de saúde, promoção de solidariedade, onde vários sujeitos sociais atuam de modo coletivo na busca de melhoria das condições de vida e saúde da população.

De acordo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), para a melhor compreensão do território em que vivemos e trabalhamos, ele foi subdividido em áreas que mostram diferentes situações de grupos populacionais. Essa lógica permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam. Esse conhecer implica assumir o compromisso de responsabilizar-se pelos indivíduos e pelos espaços onde esses indivíduos se relacionam.

Os moradores desse território são a sua clientela adscrita. Adscrever a clientela significa, como referimos anteriormente, responsabilizar a equipe da estratégia de saúde da família pelo cuidado prestado aos sujeitos que vivem numa área geográfica definida por meio do processo de territorialização, permitindo o efetivo acesso e vínculo dessa população ao serviço ao qual está referenciada.

No entanto, temos que considerar que uma ESF tem capacidade limitada para a oferta de serviços de forma adequada às necessidades das pessoas. É claro que quanto maior for a população sob a responsabilidade de uma ESF, menor será a sua capacidade de responder a todos de forma adequada e com qualidade. A adscrição da clientela procura vincular uma determinada população a uma Equipe, tendo como princípio o seu local de residência, de forma a facilitar o acesso ao serviço de saúde e, sobretudo, estimular a constância das ações da Equipe de Saúde da Família com o mesmo público.

Depois de dividir o território, devem-se identificar as particularidades deste, como as desigualdades socioeconômicas das populações. A área na Estratégia de Saúde

da Família é formada pelo conjunto de microáreas, nem sempre próximas, porém com condições de vida e situações ambientais semelhantes, onde atua uma equipe de saúde da família.

Devido às singularidades dos diversos territórios, os serviços de saúde devem ser seletivos, e ter sensibilidade para desenvolver atividades voltadas para grupos que apresentam maior vulnerabilidade a riscos sociais e a certos problemas de saúde, considerando o princípio da equidade em saúde.

Os primeiros detalhes a serem observados para a diferenciação dos territórios são o número de habitantes e a extensão territorial, depois a distribuição da população no território e a relação com as redes de comunicação, com o contato social entre as pessoas, o processo de produção, distribuição ou consumo de recursos (como a água e o acesso aos serviços de saúde).

Existem instrumentos para realizar a territorialização. Um dos mais importantes é a cartografia. Então, do que se trata? Segundo o dicionário Ratto et al (2001) cartografia é a “arte de elaborar mapas e construir cartas geográficas”. Ao montar o mapa e sinalizar a demanda do território você construiu uma minicartografia.

O que queremos mostrar com isso é que a cartografia serve pra entender como o território funciona e auxilia na construção de estratégias adotadas pela equipe de saúde da família. Então, para construirmos uma cartografia precisamos de dois itens fundamentais:

- Mapas de boa qualidade das regiões a serem trabalhadas, que obedeçam aos critérios de precisão e conteúdo.
- Bons dados sobre os problemas de saúde para retratar de modo fiel à realidade.

Isso é importante para cruzarmos as informações no mapa. Por exemplo, quando somos comunicados de uma infestação de ratos, além de sinalizarmos no mapa os locais infestados, podemos pesquisar as condições de vida das famílias, saber dos costumes delas e colocar como nota no mapa, a fim de lidar com a infestação. Porque, muitas vezes, as atitudes das pessoas podem contribuir e até causar o problema. Além disso, podemos acrescentar ao mapa sinais gráficos que indiquem os possíveis casos de leptospirose e os depósitos de lixo da região, tendo em vista que, geralmente, esses locais podem ser a causa da infestação.

Investigar se os depósitos de lixo estão perto das casas infestadas e agir de forma a combater a praga nos dois espaços é muito mais eficaz do que eliminar os ratos só das casas.

A cartografia dá a possibilidade de visualização do problema de forma mais rápida e abrangente. Colocando todas essas informações juntas, podemos ver vários lados do problema e, assim, planejar como evitar e controlá-lo.

¹ FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. **Livro do Aprendiz 2** /Fundação Estadual de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

RATTO, D. D. et al. **Minidicionário Luft**. São Paulo: Ática, 2001.



TEXTO DE APOIO N. 2

A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DO HOMEM¹

Trecho de Entrevista do (En)Cena com Domiciano Siqueira.

Reportagem de Jonatha Rospide Nunes, *Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal Fluminense, Professor do CEULP e Colaborador do CRP/09.*

Transcrição: Ruam Pedro Francisco de Assis Pimentel

Edição: Hudson Eygo **Por Jonatha Rospide Nunes** *Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal Fluminense, Professor do CEULP e Colaborador do CRP/09*

O (En)Cena conversou com Domiciano Siqueira sobre a questão do enfrentamento do uso de drogas no Brasil e das Políticas de Redução de Danos. Domiciano é consultor na área dos direitos humanos ligados aos processos de exclusão social, com ênfase na questão do uso de drogas, trabalhando com grupos de alta vulnerabilidade como: prisioneiros, prostitutas, homossexuais, negros, índios etc.

(En)Cena: Olá Domiciano, conte um pouco para nós como se deu o seu envolvimento com a política de redução de danos.

Domiciano: A minha trajetória nessa área começou por volta de 1990, eu era sócio de uma agência de propaganda no interior de São Paulo, e foi uma época que as empresas começaram a procurar as agências de propaganda para se associarem e participar de campanhas contra a AIDS que estavam surgindo com muita efervescência. O meu trabalho nessa agência era no setor de criação e produção de textos, então eu era aquele cara que estudava o assunto e fornecia dados para o restante do pessoal da criação poder formar a campanha. Então comecei a pesquisar essa relação da AIDS com as drogas, principalmente drogas injetáveis. Até então, no Brasil, não se falava de uso de drogas injetáveis, era coisa da Europa e Estados Unidos. Então começaram a aparecer nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde as primeiras informações desse grupo, que relatava ter adquirido o HIV em consequência do uso injetável de drogas.

(En)Cena: O que te chamou a atenção?

Domiciano: Eu comecei a ver que essa ligação era muito próxima. Os dados confirmam que cerca de 46% dos casos de AIDS eram de pessoas que tinha relatado ter compartilhado seringa e consumido drogas de forma injetável. Então eu vi que a questão das drogas era mais problemática do que a própria questão do HIV, mas que muitas empresas não queriam vincular sua marca à questão das drogas, então eu fui procurar o Ministério da Saúde. Eles já sabiam como reagir diante da transmissão pelas relações sexuais, mas tinham dificuldades para trabalhar com os grupos de risco.

(En)Cena: Como surgiu a Política de Redução?

Domiciano: Resumidamente, as melhores técnicas/estratégias de enfrentamento dessas situações de drogas e do vírus HIV foram chamadas: Programa de Redução de Danos, e já existiam na Europa. Sabia-se que haviam nascido na Holanda na década de 1970, mas que tinham um histórico bem mais anterior, por volta de 1920, 1930 em Rolleston. Rolleston é um condado no interior da Inglaterra que tinha uma espécie de um centro de saúde. Os profissionais médicos e enfermeiros ao ir para o trabalho nesse centro de saúde tinham que obrigatoriamente passar por um grupo de moradores de rua, usuários de heroína injetável e de álcool. E aquilo começou a intrigá-los, pois não tinham como ajudá-los. Então esses técnicos resolveram distribuir heroína e álcool no centro de saúde, assim os usuários iriam ao posto para poder pegar a droga, chegando ao posto de saúde eles ganhavam, além da porção, o direito de poder tomar um banho, lavar suas roupas e, se quisessem, podiam conversar com esses médicos, com esses enfermeiros, psicólogos, enfim eles passaram a usar essa possibilidade para atrair esse grupo. Os resultados foram tão bons que o Condado de Rolleston tornou sendo o berço da redução de danos no mundo, isso em 1930, 1940.

(En)Cena: No Brasil a Política de Redução foi bem acolhida, ou enfrentou alguma barreira para ser instalada?

Domiciano: No Brasil os primeiros casos conhecidos de HIV datam da década de 1980, e então se descobre essa ligação da doença com o uso de drogas injetáveis. Mais tarde descobriu-se que as hepatites também podiam ser transmitidas das mesmas formas, e que também precisavam de uma intervenção. O Ministério da Saúde em 1990 assumiu o compromisso de intervir nessa situação, a primeira intervenção aconteceu na cidade de Santos, em 1989, eles implantaram um pro-

grama de troca de seringas para combater a transmissão do vírus HIV. Houve um confronto do Ministério Público, da Justiça e da Opinião Pública, contra esse tipo de intervenção, alegando que essa medida estimularia o consumo de drogas. Entre 1989 e 1992, houve várias discussões no Brasil sobre o tema, essas discussões substituíram, por um bom tempo, a intervenção. E foi proibido fazer trocas de seringas enquanto não se resolvia. Em 1990 o centro de referência e tratamento de AIDS em São Paulo também foi proibido de fazer a troca. Os jornais publicaram que o Ministério Público avisou que prenderia qualquer médico que insistisse em distribuir seringas, já em 1992 o Ministério da Saúde assumiu esse compromisso e financiou cerca de 10 programas de troca de seringas no país.

(En)Cena: E como foi para você lidar diretamente com esse movimento, participar da instalação dessa política nos países?

Domiciano: Em 1993 eu cheguei a Porto Alegre para trabalhar na Cruz Vermelha brasileira, que tinha um projeto na tentativa de fazer frente ao vírus HIV pelo uso de drogas. A Cruz Vermelha teve um projeto financiado pelo Ministério da Saúde cujo objetivo era uma campanha publicitária sobre a transmissão do vírus HIV. Para mim foi um prato cheio, pois eu era do assunto, estudava essa área, então trabalhamos um ano e criamos uma campanha publicitária que foi um sucesso, foi um show, cujo slogan foi “A SERINGA PASSA, A AIDS FICA”, não havia nenhum julgamento moral, não estava dizendo “pare de usar drogas que o HIV vai te pegar”, “você vai morrer disso”, não, simplesmente respeitando o consumo, mas dando uma informação importante “a seringa passa, a AIDS fica”, acorde!

(En)Cena: Hoje vemos duas vertentes simultâneas e que vão em sentido contrário à Política de Redução de Danos: a Internação Compulsória e as Comunidades Terapêuticas. Sabemos que muitas dessas Comunidades trabalham apenas duas dimensões do homem: o trabalho e a religiosidade, e negligenciam outros aspectos como: a dimensão afetiva, a dimensão orgânica e a implicação política desses sujeitos. Como você enxerga isso?

Domiciano: Historicamente no Brasil só existem três olhares sobre as drogas. O primeiro é o olhar da saúde, que vê no uso de drogas uma doença chamada dependência química e propõe como tratamento a clínica psiquiátrica, felizmente a gente vem descobrindo que hospital psiquiátrico não serve para nada, não serve nem para louco. Há uma tendência em transformar o usuário de drogas no novo louco. Como vivemos em uma sociedade capitalista, esse conceito da saúde que vê no uso de drogas uma doença chamada dependência química, e que propõe a clíni-

ca psiquiátrica como forma de atenção, divide a sociedade em dois grupos: quem tem dinheiro e vai ter acesso às clínicas particulares, e quem não tem dinheiro e depende de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos os CAPS AD passam a fazer o trabalho com os usuários de drogas, desinternando, atendendo essas pessoas de uma nova maneira, baseada no conceito de redução de danos. O segundo olhar sobre as drogas é o da justiça, que não as vê como doença, mas sim como um delito. O tratamento, portanto, não é a clínica psiquiátrica, é a punição. Essa visão também divide a sociedade em dois grupos: quem tem dinheiro para contratar um advogado, e quem não tem e vai preso. O terceiro e último olhar é o mais antigo, o das religiões. Ela não vê nem como doença, nem como um delito, ela vê como um pecado, portanto, o tratamento não é nem a clínica psiquiátrica nem a punição, é a conversão. A religião é, por sua vez, a única que não divide, não separa ricos e pobres. Se você está convertido estará curado e o problema está resolvido. Quem usa drogas ou é doente, ou é delinquente ou é pecador, então ele raciocina e reage de acordo com aquilo. O olhar que a redução de danos nos propõe é que o uso de drogas não é só uma doença, não é só um delito, não é só um pecado, existe um quarto olhar, é o olhar baseado no nosso conceito de cidadania. A cidadania vê como um direito.

(En)Cena: Você entende a dependência química como doença?

Domiciano: A redução de danos questiona as duas palavras-chave que organizam o nosso pensamento em relação às drogas que são: prevenção e tratamento. Vamos falar de álcool, por exemplo, os adolescentes olham para os adultos que bebem numa boa e veem que a prevenção não foi cumprida, pois a prevenção diz para não usar nunca, é por isso que a prevenção que as pessoas tanto gostam é uma ilusão. É necessário que tanto Estado quanto sociedade civil se organizem para permitir esse grupo intermediário, onde está a maioria das pessoas. É possível usar drogas e cumprir com as suas responsabilidades, quem duvidar disso que eu estou falando, dá um passeio pela cidade e você verá quanta gente bonita, quanta gente rica, quanta gente boa, quanta gente que estuda e trabalha e vai beber, e depois volta para casa numa boa, não perde trabalho nem família, muito menos não rouba ninguém... Nós temos que parar com essa ideia ilusória de achar que o mundo é o mundo que a gente imagina. O mundo é diverso, a ausência do exercício da democracia, tão importante para nós, é que precisa ser restaurada para que a gente comece a lidar melhor com esses, assim chamados, grupos de alta vulnerabilidade.

(En)Cena: A droga sempre existiu e sempre vai existir, as pessoas usam drogas. O problema não é a droga em si, mas é a relação que a gente estabelece com ela, como você vê essa relação que essa sociedade estabelece com as drogas em geral?

Domiciano: Tem uma frase histórica, do psiquiatra e professor na UNIFESP, Dr. Dartiu Xavier da Silveira “o contrário de dependência não é abstinência, o contrário de dependência é liberdade”. Isso explica porque somos contrários à internação compulsória... A internação trata de uma doença da liberdade. Nós, principalmente brasileiros, temos um histórico de convivência com a democracia, consequentemente a gente não sabe viver com liberdade, daí a influência tão forte e muitas vezes negativa da ideia das religiões. Eu defendo a espiritualidade, é bom dizer isso, como defensor dos direitos fundamentais, eu defendo qualquer crença, mas agora estamos falando de políticas públicas e quando estamos falando de políticas públicas, a gente não pode pegar a fé individual e transformá-la numa política que vai atender pessoas que não têm religião. Eu acho que a redução de danos é muito polêmica, pois ela não traz só prevenção de doenças, ela traz toda a liberdade à tona e mostra escancaradamente que as pessoas que não têm direito sobre seus próprios corpos, não terão os seus deveres acionados, trabalhados e mobilizados em prol da maioria. Para encerrar essa parte, você vê que no Brasil uma das penas alternativas – e eu sou favorável às penas alternativas – oferecidas é prestação de serviço à comunidade. Prestar serviço à comunidade tinha que ser um prazer a todo mundo, mas no Brasil isso é castigo.

(En)Cena: Como a redução de danos no Brasil lida com os três olhares sobre o usuário de drogas (Doença, Delito, Pecado)?

Domiciano: Então nós temos o quarto olhar, que é o da cidadania e que vê o uso de drogas como um direito, como senso de solidariedade. E ele não é somente religioso, ele não é somente partidário, o senso de solidariedade é fruto do que nós chamamos de Transformação Paradigmática – e que não sou eu que estou defendendo – existem muitos nomes, muitos grandes nomes que vêm a bastante tempo defendendo que o mundo pode ser restaurado a partir de uma ação individual gerida pela vivência em grupo, pelo cuidado que cada um deve ter com o próximo.

(En)Cena: Não há como enfrentar essa questão sem questionar alguns valores da sociedade, concorda?

Domiciano: Exatamente... Ninguém quer ter preconceito. Qualquer um que você saia na rua perguntando vai negar ter preconceito. Mas como se que acaba com o preconceito? É reconhecendo o conceito que organiza o preconceito. Ninguém quer mexer no conceito de saúde, de religião, conceito de justiça. Tem-se a sensação de que vai bagunçar se a gente mexer... Acho que conseguir mexer nesses conceitos é o grande problema.

(En)Cena: Domiciano, para encerrar, gostaria que você falasse um pouco sobre suas perspectivas dos serviços de saúde e da relação, se é que existe, a relação da Redução de Danos com a clínica de rua.

Domiciano: Em minha opinião – e a minha opinião é fruto da minha observação, dos livros que eu leio, dos filmes que eu assisto, das músicas que eu escuto, do trabalho de campo, da rua – eu sou da rua. O que eu vejo, é que deveria haver cada vez menos policiais, e cada vez mais cidadãos estimulados a assumir a sua própria história. Estamos vivendo um momento ruim no Brasil, e em parte eu acho que isso é fruto do desenvolvimento capitalista. Estamos com muita dificuldade de perceber que não basta termos dinheiro – não vamos fazer aqui uma discussão filosófica se dinheiro traz ou não felicidade, acho que dinheiro traz felicidade quando ele vai do rico ao pobre, quando vai do pobre para o rico ele traz desespero. Não é dinheiro que está faltando, falta uma definição política. Todo serviço público que você vai hoje em dia tem um guarda municipal armado na porta, e aquela plaquinha: “maltratar funcionário público é crime de 1 a 3 anos de prisão”... Eu vi um cara falando assim: “Tira essa roupa sua de funcionário público, que eu quero acertar é a cara do homem que veste esse uniforme”, acho que essa desconstrução tem que ser acelerada. Precisa haver mais investimento nisso, acho que a gente tenta. Temos muitas angústias... Eu acho que o Brasil, como eu disse, o Brasil está vivendo um momento muito chato, mas também reconheço que essa chatice é fruto do meu jeito angustiado de ver o que está acontecendo, e eu confesso que tenho pressa, porque eu quero ter a chance de ver um mundo um pouquinho melhor.

¹ (En)Cena: A Saúde Mental em Movimento. A Política de Redução de Danos no Brasil e os Direitos Fundamentais do Homem. Entrevista publicada em: 23 jan 2013. Disponível na íntegra em: <http://ulbra-to.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem>.



TEXTO DE APOIO N. 3

PAIXÕES E QUÍMICAS¹

Sandra Djambolakdjian Torossian²

As paixões são moradas da juventude. Há paixões maduras que rejuvenescem quem avança na idade. Apaixonamo-nos pelas pessoas, pelo trabalho, pelos livros, pelo esporte, pelo ócio. Apaixonamo-nos, também, pelo que conseguimos consumir. Aliás, é esse um modo contemporâneo da paixão. Somos capazes, e cada vez mais incentivados, a apaixonar-nos pelas coisas, por objetos de mercado. Vislumbramos aí espectros da felicidade.

Fórmulas e pílulas mágicas nos indicam o caminho do sucesso e da realização. Tristezas, decepções e frustrações, comuns à vida de qualquer um, são rapidamente remediadas com medicações ou objetos a consumir. O fármaco, lembram os filósofos, é remédio e veneno. Remédio e veneno se alternam na dança do consumo. Qualquer medicação, prescrita para a cura, pode se tornar nociva dependendo do uso que dela se faça. E qualquer fármaco antecipadamente “nocivo” pode ser usado como medicação para os males da alma.

A química é um dos nomes da droga. Mas a química é, também, um dos nomes da atração. Não tem química, diz quem busca explicações para a falta de paixão.

Há vários modos de se ligar passionavelmente ao outro. Há o ficar eventual, o ficar habitual e o ficar mais constante. Há, também, vários modos de se ligar às drogas.

A experimentação eventual é um início de exploração que pode durar uma vida inteira. Como há quem se relacione eventualmente com a mesma pessoa durante anos.

O hábito nas relações é, por outro lado, um tipo de relação comumente encontrada no amor e em quem consome drogas. Hábito para momentos ou circunstâncias específicas, de lazer, trabalho, ansiedade, solidão.

“Ficar” habitualmente com alguém em festas; consumir drogas para aproveitar a balada. Sair com alguém nos momentos de solidão; usar alguma substância que faça companhia. Sair rapidamente com o(a) colega de trabalho; dar uma “cheiradinha” para enfrentar uma árdua jornada. Compartilhar com alguém um casamento; casar com alguma droga.

Não se assuste caro leitor, amor e consumo não são equivalentes. São relações. Relações amorosas, relações de consumo. Por vezes o amor torna-se relação de consumo. O inverso é também verdadeiro.

Uma paixão ou um amor se cura com outra/o, diz a sabedoria popular. Raramente sugerimos a alguém que sofre um “mal de amor” que restrinja suas relações. Ao contrário, oferecemos várias outras possibilidades. Apresentamos-lhe novas pessoas, o convidamos para eventos, atividades. Tentamos abrir outras possibilidades de escolha.

Curiosamente, até agora, temos feito diferente com as paixões químicas. Temos achado que a única solução para elas está na restrição das atividades. Temos fechado as pessoas em hospitais ou clínicas, limitando suas possibilidades de amizade, limitado suas outras relações. E muitas vezes sem sequer saber qual é mesmo o modo de relação no qual se encontram. Internamos trabalhadores consumidores de droga, quando muitas vezes o trabalho é uma das únicas relações que mantém a pessoa com um laço comunitário. Decretamos um casamento com a droga quando se trata simplesmente de um ficar eventual.

Do mesmo modo que um amor se cura com outro, a saída para as paixões químicas está na criação de outras relações passionais. E não na limitação das possibilidades de se apaixonar.

Há vezes em que um casamento intenso ou de longa duração implica em recaídas. Idas e vindas comuns a quem viveu um amor intenso ou uma relação de hábitos comuns. Especialmente para quem estabeleceu relações de dependência com seu parceiro ou parceira. Idas e vindas no consumo e dependência às drogas são também comuns. Há que suportá-los.

Às vezes os casais em processo de separação precisam se distanciar, sem manter qualquer tipo de contato. Também isso acontece com as paixões químicas. Mas precisa ser uma escolha e não uma imposição. Na imposição, o efeito é breve. Uma escolha acompanhada pela amizade, pela paciência e pela parceria de quem disponibiliza um suporte abre caminho para novas escolhas.

Internações compulsórias e repressão exclusiva da oferta são lógica exclusiva da limitação, uma política de restrição, sem a criação simultânea de outras possibilidades. Precisamos urgentemente de soluções que abram possibilidades de novas paixões e não que limitem ainda mais os recursos dos apaixonados.

¹TOROSSIAN, SANDRA DJAMBOLAKDJIAN. Paixões e Químicas. *Jornal Virtual Sul21*, publicado em 24 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/2012/04/paixoes-e-quimicas/>

²Psicóloga, psicanalista. Membro da APPOA. Professora do Instituto de Psicologia da UFRGS/ Departamento de Psicanálise e Psicopatologia. E-mail: djambo.sandra@gmail.com.



TEXTO DE APOIO N. 4

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

O que é?

O projeto terapêutico singular é uma ferramenta de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário que deve considerar a singularidade do sujeito e a complexidade de cada caso, ou seja, um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”.

“Contrato de projetos com os usuários e os familiares, para além de um elenco de procedimentos.”

De acordo com o Caderno da Atenção Básica nº34 – Saúde Mental,

“(…) um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.” (p.33)

Como é feito?

Um Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise da equipe sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Essa análise deve ser feita com toda a equipe, em uma reunião, considerando que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde. Cabe ressaltar que esse é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre os profissionais e o usuário está em constante transformação.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos.

Para quem?

O projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação.

Contém quatro momentos:

1) O diagnóstico situacional: Para o diagnóstico situacional é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda. Valorizar as potencialidades permite a ativação de recursos terapêuticos. Além das dimensões subjetivas, também é importante reconhecer o contexto social e histórico em que se inserem a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo ao qual está dirigido o PTS. Também é importante identificar as intervenções já realizadas e seus resultados, bem como realizar a avaliação das vulnerabilidades compostas pelos fatores de risco e fatores de proteção individuais, familiares, grupais e coletivos. As potencialidades podem ser incluídas entre os fatores de proteção.

2) Definição de metas: A definição de objetivos e metas envolve definir as questões sobre as quais se pretende intervir. As metas devem ser norteadas pela inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo. A operacionalização deste processo se dá por meio de uma comunicação sensível e das combinações entre o técnico de referência e a equipe por um lado, e da equipe ou do próprio técnico de referência com a pessoa, a família, o grupo ou o coletivo por outro. Neste momento do PTS também é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo.

3) Divisão de responsabilidades: A divisão de tarefas e responsabilidades envolve a definição clara e a atuação do técnico de referência por meio do esclarecimento do que vai ser feito, por quem e em que prazos. O dispositivo do técnico de referência é fundamental na organização do cuidado de casos complexos em saúde mental. Esta posição geralmente é assumida pelo

trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento. O técnico de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de saúde e outras instâncias que sejam necessárias.

4) Reavaliação: A reavaliação do PTS, conduzida pelo técnico de referência, deve ser sistemática, agendada com a equipe e a pessoa cuidada. A revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos pode ajudar a manter o PTS ou introduzir e redirecionar as intervenções conforme as necessidades (MÂNGIA; BARROS, 2009). A reavaliação deve ser feita em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicados no PTS.

Alguns aspectos precisam ser observados:

a) A escolha dos casos para reuniões de PTS: A proposta é de que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis. Coordenar um PTS exige disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias. Por isso sugerimos a distribuição dos casos complexos entre os diversos trabalhadores, de maneira a evitar sobrecarregar aqueles mais disponíveis e sensíveis com os problemas de saúde mental.

b) As reuniões para discussão de PTS: Cada membro da equipe trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo. Uma estratégia é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

c) O tempo de um PTS: Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

d) PTS e Mudança: Quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário.

e) Diferenças, conflitos e contradições: É importante lembrar que na elaboração do PTS as diferenças, conflitos e contradições precisarão ser explicitados e trabalhados, de maneira a pactuar os consensos possíveis entre os diversos agentes envolvidos. Divergências de expectativas também devem ser esclarecidas. Podemos perguntar, por exemplo: Como gostaríamos que determinada pessoa a ser cuidada estivesse daqui a algum tempo? Como será que ela gostaria de estar? E como seus familiares gostariam que ela estivesse?

COPRODUÇÃO DA PROBLEMATIZAÇÃO/DIAGNÓSTICO

É importante no PTS certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença.

À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz.

Então...

- Fazer junto e não pelo outro;
- Buscar resoluções com e não para o outro;
- Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços dos serviços, na rua ou no domicílio das pessoas;
- O significado desses encontros não se dá apenas pela necessidade da equipe de coletar informações, mas, além disso, será o de oportunizar o vínculo e a formação de algo em comum.

Assim...

- Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades.
- Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar grandes diferenças.
- Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho.

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

- O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.
- Lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza faz parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a reconfiguração contínua dos conceitos dos próprios trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilha da PNH: Clínica Ampliada**, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2004.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2. p. 85-91, 2009.



TEXTO DE APOIO N. 5

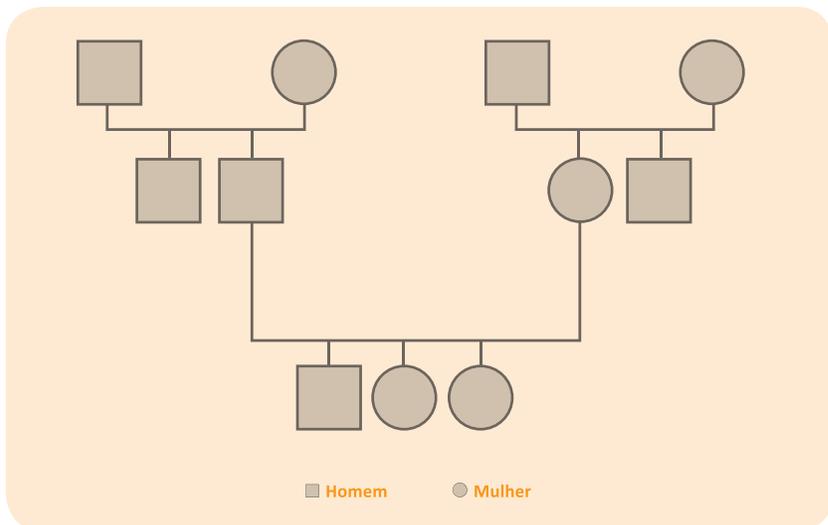
GENOGRAMA E ECOMAPA

1| GENOGRAMA

O Genograma ou Genetograma ou Familiograma é um instrumento que permite descrever e ver como uma família funciona e interage, podendo ser visualizada suas relações por até 3 gerações. Através dos diagramas é possível identificar a estrutura da família e seu padrão de relação. O Genograma é utilizado amplamente na Terapia Familiar, na formação de terapeutas familiares, na Atenção Básica à Saúde e mais recentemente, em pesquisas sobre família. Pode ser usado como fator educativo, permitindo ao paciente e sua família ter a noção das repetições dos processos. A maior vantagem desta ferramenta é o aspecto gráfico, que fornece ao profissional de saúde uma visualização rápida dos problemas. O Genograma usa símbolos gráficos universalmente aceitos.

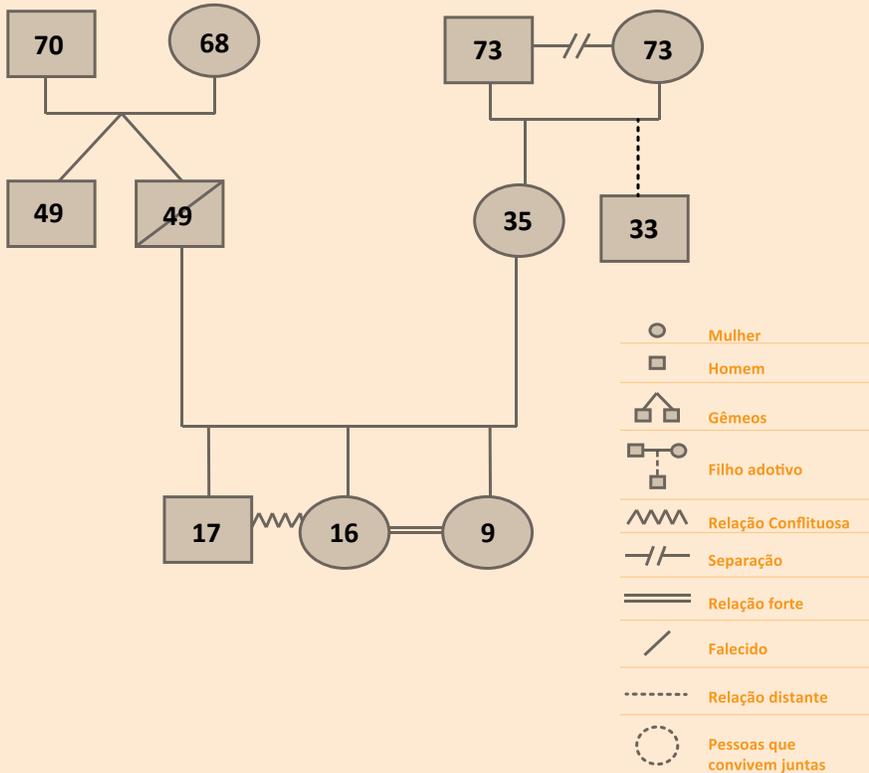
Veja o exemplo no quadro abaixo:

Faça uma leitura coletiva da(s) família(s) deste genograma



Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

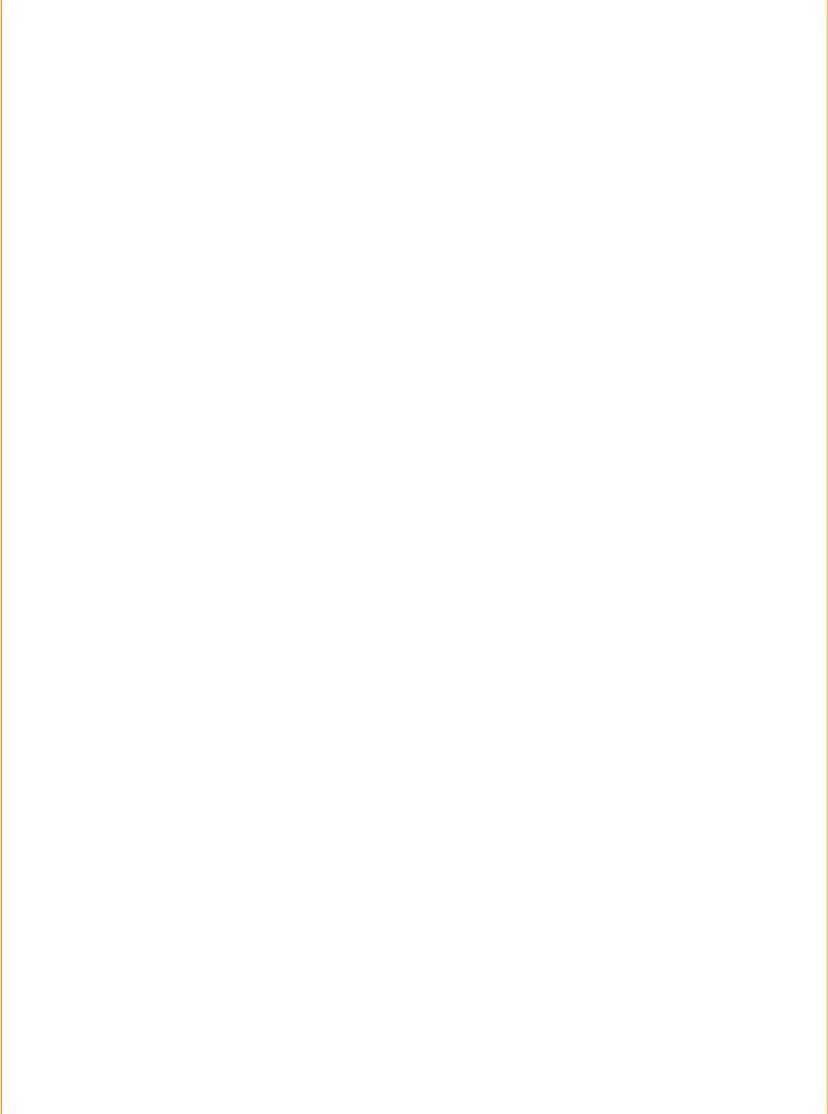
Agora com os novos símbolos releia coletivamente o genograma abaixo



O Ecomapa, tal como o genograma, faz parte do conjunto de instrumentos de avaliação familiar, e os dois podem aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar.

Enquanto o genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio e a comunidade onde habitam. Foi desenvolvido em 1975 para ajudar as assistentes sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema (AGOSTINHO, 2007).

CONSTRUÇÃO DE UM GENOGRAMA

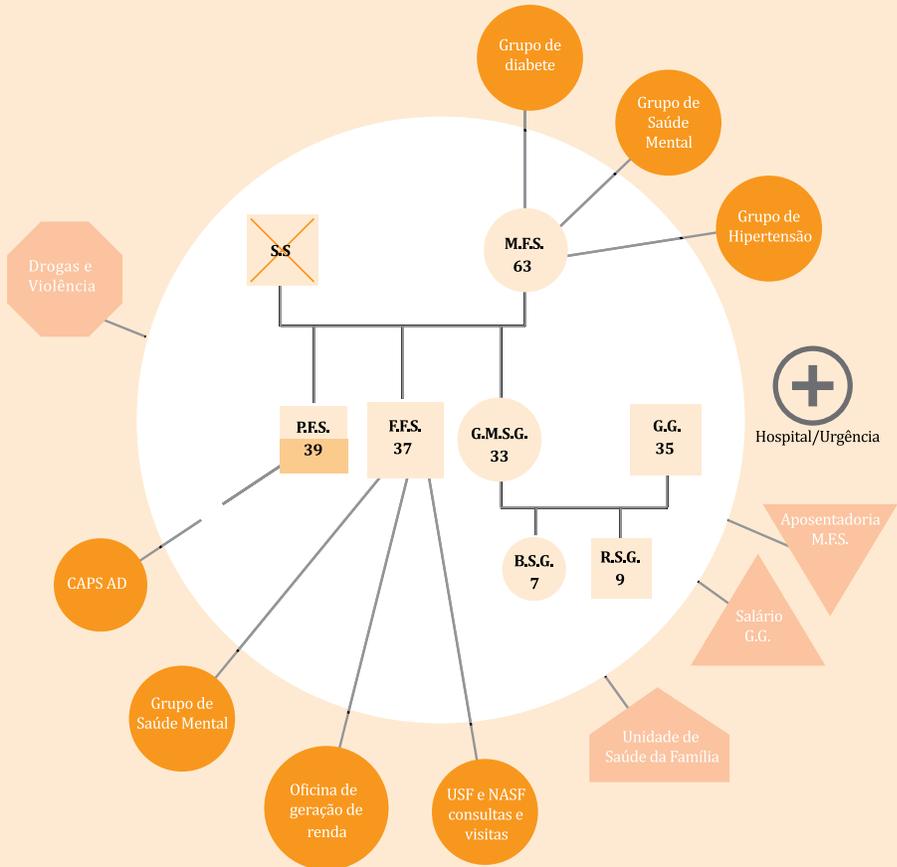
A large, empty rectangular box with a thin orange border, intended for the construction of a genogram. The box is currently blank.

2 | ECOMAPA

O ecomapa não é mais do que uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive (ambiente de trabalho, por exemplo), desenhando o seu “sistema ecológico”. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (sua rede de apoio social, por exemplo).

Ele representa a rede de relações que o indivíduo e/ou a família possuem ou não, facilitando a visualização das possibilidades de intervenção na saúde mental. É uma técnica que auxilia muito na construção do projeto terapêutico.

ECOMAPA DE F.F.S. E SUA FAMÍLIA



LEGENDA

S.S. – Pai: falecido

M.F.S. – Mãe: apresenta sofrimento mental com delírios e alucinações e sintomas de depressão

P.F.S. – Irmão: usuário de álcool e crack

F.F.S. – Usuário: apresenta sofrimento mental intenso desde a adolescência com delírios, alucinações e sumiços de casa

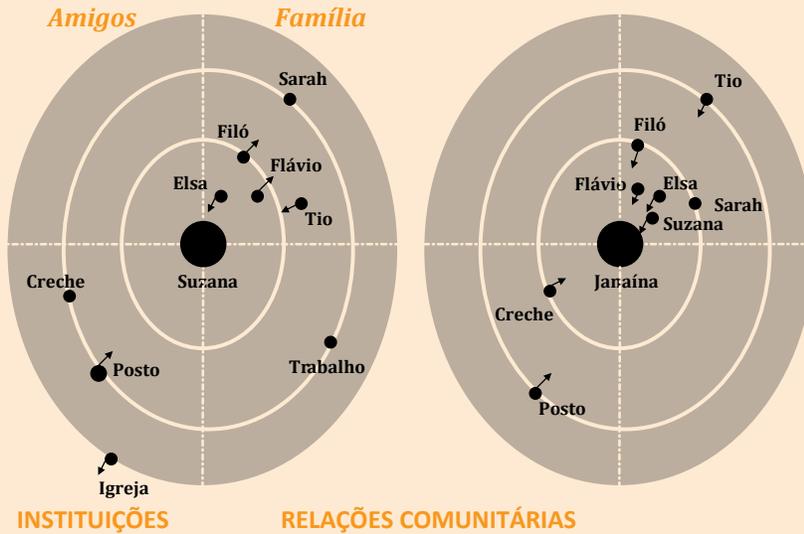
G.M.S.G. – Irmã: cuidadora da família

G.G. – Cunhado: provedor financeiro

B.S.G. – Sobrinha

R.S.G. – Sobrinho

REDE SOCIAL



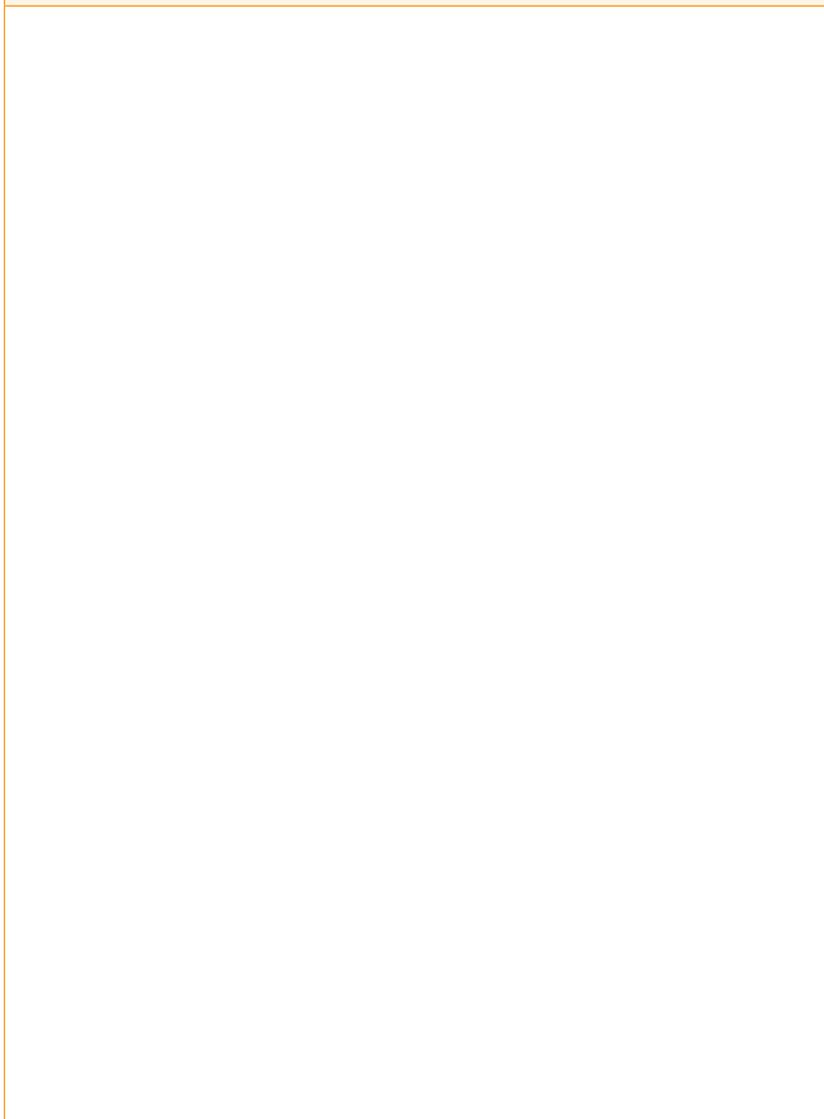
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, M. Genograma e Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23:327-30. 327. Lisboa, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília, 2013.

SCHLITTLER, A.C.B, CERON M., GONÇALVES, D.A. *Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial*. Módulo Psicossocial da Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_

CONSTRUÇÃO DE UM ECOMAPA





TEXTO DE APOIO N. 6

MOBILIZAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA

Texto escrito pela equipe de apoio pedagógico para este caderno

No trabalho em saúde mental e com pessoas que usam álcool e outras drogas é importante que nossas ações sejam desenvolvidas de modo que as intervenções sejam pensadas de uma maneira coletiva, não centrada apenas no indivíduo ou na família que está com um problema. Portanto, para pensarmos em intervenções para o cuidado dessas pessoas, uma estratégia/ferramenta importante é a Mobilização Social.

Para Toro e Werneck, “O que dá estabilidade a um processo de mobilização social é saber que o que eu faço e decido, em meu campo de atuação cotidiana, está sendo feito e decidido por outros, em seus próprios campos de atuação, com os mesmos propósitos e sentidos.” (TORO; WERNECK, 2004, p. 14)

Os autores reforçam a importância de protagonizarmos processos de mudanças. “Não aceitar a responsabilidade pela realidade em que vivemos é, ao mesmo tempo, nos desobrigarmos da tarefa de transformá-la, colocando na mão do outro a possibilidade de agir. É não assumirmos o nosso destino, não nos sentirmos responsáveis por ele, porque não nos sentirmos capazes de alterá-lo. A atitude decorrente dessas visões é sempre de fatalismo ou de subserviência, nunca uma atitude transformadora.” (TORO; WERNECK, 2004, p. 18)

Para ilustrarmos a importância de ações de mobilização da sociedade com capacidade de efetivar transformações, tomaremos como exemplo de mobilização social um relato contido no texto de John Mcnight, cujas atividades se desenvolveram em uma comunidade onde a Associação de Moradores, preocupada com o grande número de internações no hospital local, decidiu pensar em algumas intervenções para minimizar o problema.

Descobrimos que as sete razões mais comuns para a hospitalização, pela ordem de frequência, eram:

- 1 • Acidentes de carro
- 2 • Ataques interpessoais
- 3 • Acidentes (outros)
- 4 • Problemas brônquios
- 5 • Alcoolismo
- 6 • Problemas relacionados a drogas (administradas por médicos ou não)
- 7 • Mordidas de cachorro

Ação comunitária

Tendo visto a lista desses ‘passar mal’ e dos problemas de ordem social, a associação comunitária considerou o que deveria, ou poderia fazer em relação a eles. Irei descrever as três primeiras coisas que eles decidiram fazer porque cada uma envolve um aspecto diferente.

Inicialmente, como bons estrategistas políticos, os moradores decidiram enfrentar um problema supostamente fácil de resolver. Como não queriam começar um trabalho para perder, olharam o final da lista e escolheram ‘mordida de cachorro’, responsável por cerca de 4% das visitas à emergência dos hospitais, ao custo de 185 pratos.

Como poderia esta questão ser melhor abordada? Eu estava interessado em ver o pessoal da associação pensando o problema.

O governo da cidade tem funcionários que são pagos para serem ‘capturadores de cachorros’, mas a associação não quis contatar a prefeitura. Em vez disso, disseram: ‘Vamos ver o que podemos fazer por nós mesmos’. Decidiram, então, pegar uma pequena parte de seu dinheiro e usá-lo na ‘recompensa para cachorro’. Através dos clubes da comunidade, anunciaram que, durante um mês, pagariam uma quantia de cinco dólares por cada cão sem dono que fosse trazido para a associação, ou ainda, se o local onde o cão estivesse fosse identificado de modo a poderem ir lá capturá-lo.

Havia muitos cães agressivos na redondeza, assustando as pessoas. As crianças da vizinhança, por outro lado, acharam que pegar os cães era uma ideia maravilhosa. Assim, puseram-se a ajudar na busca. Em um mês, 160 cães tinham sido capturados e os casos de mordidas caninas decresceram nos hospitais.

Duas coisas aconteceram como resultado do sucesso da iniciativa. As pessoas começaram a aprender que sua atuação, mais do que o hospital, determinava a sua saúde. Estavam, além disso, investindo na sua própria organização, e envolvendo as crianças como ativistas na comunidade.

O segundo elenco de ações foi lidar com uma coisa mais difícil – acidentes de carro. ‘Como poderemos fazer qualquer coisa se não sabemos onde acontecem os acidentes?’, diziam as pessoas. Pediram-nos, então, para obter informações que pudessem ajudar a lidar com o problema; achamos, porém, muito difícil obter informações sobre ‘quando’, ‘onde’, e ‘como’ acontecia um acidente.

Decidimos voltar ao hospital e dar uma busca nos registros médicos para determinar o tipo de acidente que levava pacientes para o hospital. Se a medicina era um sistema relacionado às possibilidades da ação comunitária, isto deveria ser possível. Mas não era. Os registros médicos nada diziam. ‘Esta pessoa está passando mal porque foi atropelada por um carro às seis horas da tarde do dia 3 de janeiro, na esquina da rua Madison com Kedzie’. Algumas vezes, o registro nem sequer dizia que a causa tinha sido um acidente de carro. Dizia apenas que a pessoa tinha tido uma ‘tibia quebrada’. É um sistema de registro que obscurece a natureza comunitária do problema, focando a terapia e excluindo a causa primeira.

Começamos, então, a procurar o sistema de dados do macroplanejamento. Finalmente, encontramos um grupo de macroplanejadores que tinha dados referentes à tipificação dos acidentes automobilísticos na cidade. Os dados estavam alocados num sistema computadorizado complexo, para serem utilizados em macroplanejamento, visando facilitar o tráfego de automóveis. Convencemos os planejadores a fazer uma cópia que pudesse ser usada pela comunidade na sua intervenção. Isto jamais havia ocorrido antes, ou seja, a comunidade utilizar tais informações como ‘suas’.

No entanto, as cópias eram tão complexas que os membros da associação não conseguiam compreendê-las. Então, com base nos números, fizemos um mapeamento dos acidentes. Onde ocorriam os acidentes, colocamos um X azul. Onde os acidentes provocavam mortes, colocamos um X vermelho.

Fizemos isto durante três meses. Há 60.000 moradores no bairro. Naquela área, em três meses, tinham acontecido mais de mil acidentes. Pelo mapa, o pessoal podia ver, por exemplo, que durante três meses, seis pessoas tinham saído feridas e uma havia morrido. Identificaram de imediato o local como sendo à entrada do estacionamento de uma loja de departamento. Estavam, então, prontos para agir; ao invés de

apenas receberem assistência médica; podiam negociar com o proprietário da loja, porque a informação havia sido 'liberada' do circuito fechado do grupo médico e de macroplanejadores.

A experiência com o mapa teve duas consequências. Primeiro, deu oportunidade para se inventarem novos caminhos de lidar com o problema da saúde. A associação comunitária pôde negociar com o proprietário da loja a mudança na entrada do estabelecimento.

A segunda consequência foi que se tornou claro que havia problemas de acidentes que a comunidade não podia resolver sozinha. Uma das principais razões para muitos acidentes era o fato de as autoridades terem decidido transformar inúmeras ruas em vias principais para a circulação de automóveis. Os veículos que trafegavam por ali eram a principal causa dos acidentes envolvendo pessoas da região. Lidar com o problema não estava ao alcance dos moradores, mas eles compreenderam a necessidade de procurar outra associação comunitária envolvida em processo parecido, para, juntos, poderem lidar melhor com a situação, adquirindo mais força para reivindicar políticas que sirvam aos seus interesses.”(MCKNIGHT, 2000, p. 105-115)

Como vimos, na experiência acima relatada, a mobilização social foi a base para obtenção de importantes resultados para a comunidade. A experiência demonstrou não só a possibilidade, mas também a necessidade da construção de processos coletivos, onde as pessoas se corresponsabilizam pela solução de problemas que atingem as pessoas, incluindo questões no campo da saúde.

Estes processos de mobilização e participação social, geralmente, geram maior engajamento e comprometimento da população com a busca de soluções, onde o fazer coletivo contribui para efetividade das políticas implementadas, potencializam as mudanças, bem como consolidam a cidadania.

Existem muitos meios de mobilização social, dentre elas, temos as marchas e ocupações, por exemplo, que dão visibilidade a situações problemáticas. É importante pensarmos coletivamente, no contexto em que as pessoas estão inseridas, além de pensarmos de modo estratégico, para que nossas ações tenham maior eficácia, e impacto na qualidade de vida, no cuidado e saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MCKNIGHT, JONH L.; Saúde comunitária numa favela de Chicago. In: VALLA, Victor V. (org). **Saúde e Educação**. DP&A Editora: Rio de Janeiro/RJ, 2000, pág 105-115.

TORO, Jose Bernardo; WERNECK, Nisia Maria Duarte. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação**. 1. reimp. - Belo Horizonte: Autêntica, 2007.



TEXTO DE APOIO N. 7

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS¹

A Rede de Atenção Psicossocial integra o Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento em saúde mental das pessoas, incluindo o atendimento às necessidades decorrentes do uso de drogas.

É importante serem consideradas as especificidades de cada território com ênfase nos serviços de base comunitária, caracterizados pela busca em se adequar às necessidades dos usuários e familiares ao invés de exigir que os mesmos se adaptem aos serviços. Sendo assim, a RAPS atua na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

Nessa Rede, é preciso termos cuidado para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas, baseadas apenas na eliminação dos sintomas, descontextualizadas da vida do usuário e do território em que ele vive. É preciso que o usuário possa se perguntar sobre a relação do seu sofrimento com a manifestação dos seus sintomas.

Pensando nesse cuidado integral e singular, foram estabelecidas algumas diretrizes para a RAPS. São elas:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas;
- Tomar a pessoa, e não a doença, como ponto de partida enriquece a compreensão do que a motiva a procurar ajuda e, portanto, permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e, ao mesmo tempo, dá conta da integralidade de cada um.

Dentre os objetivos da RAPS estão:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- Promover a vinculação das pessoas que demandam cuidado em saúde mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantir 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.

Os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são:

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:

Composto por:

- Unidade Básica de Saúde,
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família,
- Consultório na Rua,
- Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório,
- Centros de Convivência e Cultura.

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos

com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. (CAB, p.19)

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA:

Composto por:

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS AD, CAPS AD III; CAPS i.

Os CAPS são serviços especializados que oferecem tratamento diário e contínuo a pessoas com problemas de saúde mental severos e persistentes e problemas relacionados ao uso abusivo de drogas que interferem nas diversas dimensões da vida (família, trabalho, educação, saúde etc.) Constituem-se em serviços substitutivos aos manicômios, sendo abertos, de base comunitária que funcionam segundo a lógica do território e fornecem atenção contínua às pessoas. Devem produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais.

ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

É composto por:

- SAMU 192
- Sala de Estabilização
- UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde

Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência em saúde mental das pessoas em sofrimento ou com necessidades decorrentes do uso de drogas.

ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO:

É composto por:

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

A Unidade de Acolhimento é um componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Este ponto de atenção é um serviço novo que funcionará no período integral, 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana. Surgiu a partir das experiências das Casas de Acolhimento Transitório, que deverão seguir as diretrizes e funcionamento da UA. Devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até 6 meses).

Dentre os Serviços de Atenção em Regime Residencial estão as Comunidades Terapêuticas – serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com (i) a atenção básica que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários – e com(ii) o Centro de Atenção Psicossocial que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

ATENÇÃO HOSPITALAR:

É composto por:

- Enfermaria especializada em Hospital Geral
- Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental

A Enfermaria especializada oferece retaguarda em Hospital Geral para os usuários em saúde mental e nas necessidades decorrentes do uso de drogas, com internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário.

ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

É composto por:

- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
- Programa de Volta para Casa (PVC)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são projetos que visam garantir aos usuários de saúde mental o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação de longa permanência. Caracterizam-se como moradias, inseridas na comunidade e destinadas à reabilitação psicossocial/cuidado de pessoas com transtorno mental que não possuam suporte social e laços familiares. Na rede de Atenção Psicossocial – RAPS, os SRTs apresentam-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização.

O Programa de Volta para Casa (PVC) é uma política pública de reabilitação e inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. Foi instituído pela Lei 10.708/2003 e prevê um auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Toda pessoa com mais de 2 anos ininterruptos tem direito ao PVC.

“O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para os usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade.” (CAB, p.21)

ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL:

É composto por:

- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
- Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

As Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e de Cooperativas ou Associações articuladas com a rede de atenção psicossocial mostram-se cada vez mais eficientes na inclusão social pelo trabalho. Isso porque a economia solidária e a reforma psiquiátrica têm como foco o mesmo objetivo: a luta contra a exclusão social.

¹Texto construído a partir das orientações do Caderno da Atenção Básica – Saúde Mental (2013)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508/11 - Redes de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>

Portal da Saúde – Ministério da Saúde. Redes de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=41825



TEXTO DE APOIO N. 8

CAIXA DE FERRAMENTAS PARA O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Texto construído pela equipe de apoio pedagógico para este caderno

Para um lenhador que vai cortar uma madeira, precisão e força são duas ferramentas importantes para serem utilizadas junto a uma outra ferramenta, que é o machado. Ferramentas são utensílios utilizados para uma arte, um ofício. Na arte ou ofício que é trabalhar com seres humanos, a nossa caixa de ferramentas acaba sendo mais complexa do que a de quem trabalha apenas com madeira.

Freud, que é um pensador muito importante para refletirmos sobre os sofrimentos psíquicos, diz que “não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo” (FREUD, 1978:146). Ou seja, como o ser humano é complexo e, por vezes, imprevisível, não existe uma ferramenta mágica e única que vai funcionar em todos os casos. Por isso é importante pensarmos em uma caixa de ferramentas. Existem ferramentas que serão muito úteis em um caso e, em outros casos, a mesma ferramenta poderá até atrapalhar. A paciência, por exemplo, é uma ferramenta muitas vezes rara e nem todos possuem um pouco dela em sua caixa de ferramentas.

A paciência pode ser uma ferramenta muito importante em muitos casos. Porém, em algumas situações, temos que deixá-la um pouco de lado, pois ela pode estar impedindo que tomemos uma atitude diferente quando um problema se repete com muita frequência. Aí pode ser que esta ferramenta não esteja mais funcionando muito bem, e precisemos de outra.

Há algumas ferramentas que não são ensinadas na escola ou na faculdade, e que vamos adquirindo com as nossas experiências e incrementando nossa caixa. Escutar os problemas pelos quais as pessoas estão passando pode ajudá-las a pensar melhor neles, e, com o tempo, isso pode ter um efeito muito grande na vida de alguém. Quando nos utilizamos da ferramenta escuta, precisamos ter sempre a nossa caixa de ferramentas junto a nós, para que possamos dispor de outras que

possam vir a ser necessárias, como o não julgar, trabalho em equipe, acolhimento, controle social, respeito à diferença, etc. Dependendo do caso, precisamos de muitas ferramentas ao mesmo tempo, até mesmo de algumas que estão empoeiradas e que muitas vezes são pouco aproveitadas.

As principais ferramentas utilizadas pelos profissionais que atuam na atenção básica e desenvolvem ações de saúde mental no cotidiano não estão vinculadas a equipamentos (físicos, máquinas, etc.) de alta densidade tecnológica, mas sim com aquilo que depende das pessoas, do campo das relações que os trabalhadores de saúde se dispõem a estabelecer com os outros.

Como já falamos no decorrer do texto, escutar vai além de simplesmente ouvir o que as pessoas estão nos dizendo. Escutar significa construir novas práticas de cuidado em saúde, abrindo a possibilidade de compreender o que querem nos dizer as pessoas que estão sofrendo, fragilizadas por alguma situação que estão vivendo e que as impede de “levar a vida” sem ajuda profissional. Portanto, a escuta é fundamental num processo que se diz cuidador.

Acolher os usuários, estabelecer com eles vínculo de confiança e de corresponsabilidade solidária pela construção de um projeto de vida mais saudável, elaborado por meio de projeto terapêutico singular, de um itinerário terapêutico, onde suas necessidades sejam atendidas em tempo e local adequados, são também tarefas nossas, portanto ferramentas que propiciarão a integralidade do cuidado.

É preciso lembrar que muitas tecnologias, as ferramentas das quais estamos falando, já fazem parte da “caixa” que é utilizada no dia a dia do trabalho dos ACS e ATEnf sem que percebam que as estão utilizando, mas que são potentes e causam impactos e mudanças importantes na qualidade de vida das pessoas.

Entretanto, na nossa caixa, é importante que sempre deixemos alguns espaços vazios. Assim podemos acrescentar novas ferramentas/tecnologias que, em contato com o outro, vamos inventando e aprendendo com o passar do tempo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

FREUD, Sigmund. O Mal-Estar na Civilização In: FREUD, Sigmund. *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

**BANCO
DE CASOS**

CASO N. 1

INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO

Ueslei tem 32 anos, chegou na ESF para fazer um curativo nas pernas, pois há um mês cortou-se acidentalmente com caco de vidro no terreno onde mora. Marli, Técnica de Enfermagem, observa que ele está com as pernas inchadas e avermelhadas. Ele conta que está com dificuldade para caminhar, por essa razão não veio antes à Unidade de Saúde. A enfermeira e a médica são chamadas em razão de seu estado febril. Há dois anos ele mora em uma Brasília 79 em um terreno baldio na área de abrangência do posto. Diz que anteriormente trabalhava em um escritório. Sentindo-se mais confiante ao ser recebido pela equipe, ele também relata que tem medo de deixar sua casa e ser saqueado, e ter sua Brasília retirada do local, já que é uma situação irregular. Confessa que, inclusive, tinha receio de que alguém da Unidade de Saúde denunciasse sua situação e o desapropriassem. Assim, Ueslei não realiza nenhuma avaliação de seu quadro geral de saúde. Sua alimentação provém de doações dos vizinhos e de coisas que encontra no lixo. Às vezes bebe cachaça para enfrentar a fome, o frio e as dores que sente. Não sabe explicar os motivos por que perdeu seu emprego no escritório. Refere que tem uma filha, mas não entra em contato com ela desde que perdeu o emprego, há mais de um ano, por vergonha de estar desempregado e em situação de miséria. Conta que, logo que perdeu o emprego, só pensava em se matar, mas agora já se acostumou assim; não sente falta de tomar banho ou de fazer alguma atividade social – quanto mais ficar sozinho, melhor. Constatou-se que Ueslei está com um quadro de infecção devido à falta de cuidado, desde o acidente. Depois de atendido, Ueslei teve recomendações de repouso e a prescrição de medicações. Para os curativos, serão necessárias visitas domiciliares nos próximos dias, porém a Equipe encontra dificuldade em realizar as visitas na Brasília, sua residência.

CASO N. 2

PTS

Seu Clóvis Rosinha, 68 anos, é antigo morador e conhecido da ESF Morro Alto. Além do diabetes, sempre com mau controle, e a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, também não controlada, há alguns meses iniciou com uma tosse que chamou a atenção na VD realizada pelo técnico de enfermagem. Sua neta, de 28 anos, que mora com ele e seus três filhos (2, 3 e 7 anos) disse, na visita, que seu avô está piorando dia a dia com a tosse, falta de apetite, só não perde o gosto pela cachaça e pelo cigarro! Ela pede para que ele faça o favor de marcar uma ficha para o avô, que ela então faltará ao trabalho para acompanhá-lo. Durante a VD, em um momento em que a neta não estava presente, seu Clóvis contou ao técnico que quase não sai de casa devido às dores que sente na perna. Também contou que não tem falta de apetite, mas que não come porque a comida que a neta faz não tem gosto, porque foi orientada no posto a diminuir o sal da comida. Relata ao técnico que, para diminuir a fome e a ansiedade que sente, guarda no seu quarto uma caixa de guloseimas e come escondido. Seu Clóvis trabalhou durante 21 anos na construção civil. Hoje é aposentado por invalidez, resultado de um acidente de trabalho no qual perdeu parcialmente o movimento da perna. Diante do desabafo do seu Clóvis, o técnico de enfermagem o convidou a participar de um grupo de xadrez que acontece na praça próxima de sua casa, mas ele recusou o convite justificando que precisa ficar em casa com os bisnetos no horário em que não estão na escola.

CASO N. 3

GENOGRAMA E ECOMAPA

A ACS da ESF do Beco da Luz conta, em reunião de supervisão com a enfermeira, que foi abordada por Dona Maria no último sábado, quando estavam no culto de uma igreja evangélica. Dona Maria diz que está muito preocupada com seu filho, João, que tem 18 anos. Ele trabalha no mercado informal e estuda na sexta série, que já repetiu por duas vezes, por faltar muito às aulas. João tem dois meninos de relacionamentos diferentes, mas não mora com eles. Mora com a sua mãe, sua avó, mãe de Dona Maria, e duas irmãs adolescentes (15 e 13 anos), e mantém uma relação conflituosa com a irmã mais nova. Dona Maria acha que ele tem andado em más companhias: o pessoal do fundo do Beco. Ele faz uso de bebida alcoólica desde os 13 anos, assim como o pai, que morreu há dois anos por cirrose alcoólica. “Ele passa às vezes uns cinco dias fora de casa e chega todo sujo, com fome, e às vezes sem as coisas: sem o tênis, a camisa, só falta chegar sem cuecas!”, diz Dona Maria, que não sabe mais o que fazer, tem dificuldade de dialogar com ele e falar sobre as preocupações que está tendo decorrentes do seu comportamento, pois quem costumava conversar mais com ele era o pai. D.Maria diz que, quando o problema era bebida, ela já sabia o que fazer: “Dorme, que o trago passa.”. Às vezes ele quebrava as coisas, mas ela tinha a experiência do marido. Agora ela tem ficado mais preocupada, pois tem visto nos jornais e na televisão que quem usa crack está completamente perdido e sem solução: “Deve ser essa maldita pedra que está estragando a cabeça do menino.”, disse ela. Outro dia ele quase a ameaçou, ela tem muita vergonha do que está acontecendo.

CASO N. 4

MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Há um mês, aconteceu um grave incêndio na comunidade do Canarinho, coisa que ocorreu devido à falta de manutenção nos postes geridos pelo serviço da prefeitura. Ninguém se feriu fatalmente, mas o incêndio devastou mais de cinquenta casas do local, deixando muitas pessoas desabrigadas. Assim, foi necessário abrigar diversas famílias na associação comunitária local. Nessa associação aconteciam diversas atividades para as crianças, inclusive ali era a sede da creche comunitária. Essas atividades tiveram que ser suspensas para ajudar as famílias que realmente não tinham nenhum lugar para ir. Agora muitos pais e mães estão precisando faltar ao trabalho para cuidar de seus filhos e as crianças não têm reforço escolar ou outro lugar para brincar e conversar. O posto tem atendido muitos cuidadores que vêm em busca de atestado médico para dispensa do trabalho para poder ficar com as crianças em casa. Algumas crianças maiores estão faltando às aulas para cuidar dos seus irmãos pequenos.

Que tipo de mobilização pode ser pensada a partir deste caso?

CASO N. 5

RAPS

Pedro tem 50 anos, é solteiro, mora com a mãe já idosa e com três irmãos. Sofre com delírios variados que o perturbam, deixando-o muito agitado. A equipe de saúde da família de sua região o considera um “paciente que não adere ao tratamento ambulatorial” e aguarda a marcação para avaliação no CAPS. Recentemente Pedro retornou de uma internação psiquiátrica, já está agressivo de novo e não quer tomar a medicação e não compareceu à consulta agendada para o psiquiatra após a internação. A mãe procura a ACS para pedir ajuda novamente para internar Pedro, pois não sabe o que fazer com ele nessa situação. A equipe, então, vai fazer uma visita domiciliar e encontra a mãe e uma das irmãs no quintal, que dizem que estava tudo bem até Pedro retornar do hospital. Pedro ouve a conversa e grita que elas estão mentindo e que elas deveriam estar presas, que fazem trabalho de macumba para ele durante toda a noite. A mãe, por sua vez, diz que não aguenta mais, que já teve crise de pressão alta e está com muita dificuldade de dormir. A mãe conta que Pedro só fica mais calmo na presença do irmão mais velho, que trabalha todas as noites e durante o dia quer descansar, ficando a maior parte do tempo trancado em seu quarto. A irmã está desempregada e, para ajudar na renda da família, faz artesanato para vender.

CASO N. 6

REDE DE CUIDADO

Francisco tem 15 anos possui mais quatro irmãos: dois homens mais velhos e duas meninas mais novas. Morava com sua avó paterna desde que nasceu, mas, após a morte da mesma, há 6 anos, foi morar com sua mãe e seus irmãos maternos. Seu pai está preso por tráfico de drogas e não o vê há 5 anos. É acompanhado por um programa de assistência social para pessoas em situação de rua. Ele faz malabarismos no semáforo. Faz uso habitual de crack e cachaça. Tem história de várias internações prévias. A última foi de maneira compulsória em uma clínica cujos leitos são comprados pelo município. Após 20 dias, fugiu da internação e voltou a consumir crack e cachaça e retornou a fazer malabarismos no semáforo, onde foi abordado pela Estratégia de Saúde da Família. A ESF e o programa de assistência social fazem abordagem conjunta. Francisco está também em atendimento em um serviço especializado de saúde mental. A sua mãe faz uso de medicamento psiquiátrico para depressão, e está desempregada faz alguns anos. Ela chegou a participar, poucas vezes, do atendimento em grupo semanal no serviço especializado de saúde mental. Alega que o “único problema é o menino” e que o melhor seria encaminhá-lo para um abrigo.

O menino voltou a estudar (4^a série), mas não conta com o apoio da família. Tem pouca adesão ao tratamento no serviço especializado em saúde mental, fato que parece não preocupar a família. Francisco tem ficado cada vez mais tempo no semáforo, o que de certa forma é incentivado pela mãe. Com o dinheiro que consegue com seu talento com os malabares, ajuda nas despesas da casa. As outras fontes de renda da família são os benefícios como bolsa-família.

**TEXTOS
COMPLEMENTARES**



TEXTO COMPLEMENTAR N. 1

A ABORDAGEM DA REDUÇÃO DE DANOS NA ATENÇÃO BÁSICA¹

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) inclui entre o conjunto de ações que caracteriza uma atenção integral à saúde a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A inclusão da redução de danos como uma das ações de saúde desta política pressupõe sua utilização como abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde. 58

Atuar em uma perspectiva da redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa, conforme já apresentado no tópico sobre Projeto Terapêutico Singular.

Assim, embora a estratégia de redução de danos seja tradicionalmente conhecida como norteadora das práticas de cuidado de pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, esta noção não se restringe a esse campo por ser uma abordagem passível de ser utilizada em outras condições de saúde em geral. Há, portanto, duas vertentes principais a respeito da Redução de Danos (COMTE et al., 2004): 1) a Redução de Danos compreendida como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas e 2) a Redução de Danos ampliada, concebida como conceito mais abrangente, no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos antes que eles aconteçam (DIAS et al., 2003).

Apesar das diferenças apontadas entre essas perspectivas, um ponto em comum a ambas é a construção de ações de redução de danos tomando como fundamental a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos para os quais estão orientadas essas ações. Ou seja, ambas as perspectivas pressupõem o diálogo e a negociação com os sujeitos que são o foco da ação.

Essa centralidade no sujeito, considerando seus desejos e possibilidades, caracteriza a redução de danos como uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva, pois se evita ditar ou impor, a partir da autoridade profissional, quais seriam as escolhas e atitudes adequadas ou não a serem adotadas. Assim, atuar em uma perspectiva de redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa, aspectos já apresentados no tópico sobre Projeto Terapêutico Singular.

Considerando especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários (VIVA COMUNIDADE; CRRD, 2010).

Também é necessário trabalhar o estigma que a população, os trabalhadores de saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre esta condição, de maneira a superar as barreiras que agravam a sua vulnerabilidade e marginalidade e dificultam a busca de tratamento. Lidar com os próprios preconceitos e juízos sobre o que desperta o consumo de drogas é fundamental para poder cuidar das pessoas que precisam de ajuda por esse motivo. A clandestinidade associada ao uso de drogas ilícitas cria medo, dificulta a busca de ajuda e agrava o estado de saúde física e psíquica dessas pessoas.

Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos tanto para problemas de álcool e outras drogas quanto para outras condições crônicas é sua centralidade no que a pessoa que busca ajuda deseja e consegue fazer para lidar com seu problema. Desse modo, por meio da redução de danos é possível cuidar dos problemas de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não.

Operar em uma lógica de redução de danos também exige trabalhar com a família da pessoa que usa drogas, que muitas vezes é quem procura os serviços de Atenção Básica. Acolher o familiar e ofertar possibilidade de apoio inserindo-o em atividades coletivas como grupos de terapia comunitária podem ajudá-lo a lidar com o sofrimento.

Diversas são as ações de redução de danos possíveis de realizar com usuários de álcool e outras drogas na Atenção Básica em Saúde e nos demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Mesmo naqueles casos em que a situação parece complexa e sem muitas alternativas.

Pessoas com problemas com drogas geralmente não buscam as unidades de saúde espontaneamente. São seus familiares que costumam buscar ajuda. Uma maneira de aproximar-se destes usuários pode ser por meio de visitas domiciliares e agendamentos de consultas para uma avaliação clínica mais geral, não necessariamente abordando seu problema com drogas. A criação de vínculo deve ser a meta inicial.

A construção de uma proposta de redução de danos deve partir dos problemas percebidos pela própria pessoa ajudando-a a ampliar a avaliação de sua situação. No caso de pessoas com problema em relação ao álcool, podem-se sugerir cuidados de praxe como não beber e dirigir; alternar o consumo de bebida alcoólica com alimentos e bebidas não alcoólicas; evitar beber de barriga vazia; beber bastante água, optar por bebidas fermentadas às destiladas, entre outras sugestões.

Usuários de crack podem ser orientados a não compartilhar cachimbos, pois possuem maior risco de contrair doenças infectocontagiosas caso tenham feridas nos lábios, geralmente ressecados pelo uso do crack e queimados pelo cachimbo. Casos complexos exigem criatividade e disponibilidade da equipe de saúde para a oferta de cuidado. Por exemplo, um usuário de crack em situação de rua, com tuberculose ou Aids e baixa adesão ao tratamento medicamentoso pode ser estimulado a um tratamento supervisionado, negociando-se o fornecimento da alimentação diária no momento da administração da medicação, na própria unidade de saúde. E nos finais de semana é possível articular uma rede de apoio que possa assumir este cuidado.

Muitos outros desdobramentos são possíveis adotando a perspectiva da redução de danos, dependendo das situações e dos envolvidos. E uma determinada linha de intervenção pode ter seu escopo ampliado à medida que o vínculo é ampliado. Assim, a redução de danos nos coloca ante questões gerais às demais intervenções de saúde como a necessidade de reflexão sobre o que norteia a produção do cuidado. Um cuidado emancipatório pautado pela ampliação dos gradientes de autonomia visa ajudar a pessoa a desvelar e lidar com suas escolhas. Um cuidado tutelar, disciplinador, prescritivo e restritivo predetermina e estabelece, a partir de critérios externos, aquilo que a pessoa deve fazer e como deve se comportar (MERHY, 2007).

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

Em síntese, a adoção da perspectiva da redução de danos pressupõe uma abertura para o diálogo, a reflexão, os questionamentos e a avaliação contínua das intervenções. Abordagens baseadas na redução de danos implicam em levar em conta a vulnerabilidade das pessoas e dos coletivos. A noção de vulnerabilidade, compreendida enquanto o resultado de interações que determinam a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem ou se submeterem a riscos, possibilita a singularização das intervenções e converge com as ideias já apresentadas, a respeito do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (OLIVEIRA, 2000).

O PTS e a redução de danos ajudam, assim, a operacionalizar a perspectiva de uma clínica ampliada, que possibilita a emergência de dimensões subjetivas e a reconfiguração dos territórios existenciais, tanto dos trabalhadores em saúde quanto daqueles que eles cuidam. A dimensão processual desse modo de produção do cuidado ancora, mas, ao mesmo tempo, projeta a construção da integralidade em saúde na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos.

¹ Texto retirado do Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental, n. 34, p. 57-60, 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

COMTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.

DIAS, J. et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-348, 2003.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed., 2008.

VIVA COMUNIDADE; CENTRO DE REFERÊNCIA DE REDUÇÃO DE DANOS (CRRD). **Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar**. Porto Alegre: VIVA COMUNIDADE, 2010.



TEXTO COMPLEMENTAR N. 2

SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE¹

Contribuição de Antonio Lancetti

Enquanto no Brasil vem se expandindo a rede de CAPS, de Serviços Residenciais Terapêuticos e outros recursos territoriais para produção de saúde mental, as Unidades Básicas de Saúde que praticam a denominada Estratégia da Saúde da Família desenvolveram grande expansão: aproximadamente metade dos habitantes do território brasileiro estão cobertos pelo Programa de Saúde da Família.

A relação entre a saúde mental e a saúde da família tem uma importância evidente e coloca questões não tão evidentes. Muitas vezes os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos operam no mesmo espaço geográfico.

A primeira questão deriva do conceito que denominamos complexidade invertida.

Na Saúde os procedimentos de maior complexidade, como transplantes ou cirurgias extremamente complexas, acontecem em centros cirúrgicos especializados e os de menor complexidade como tratamento do diabetes, hipertensão, aleitamento materno, vacinação etc. acontecem nas Unidades Básicas de Saúde.

Na Saúde Mental a pirâmide é inversa: quando o paciente está internado em hospital psiquiátrico, quando está contido, a situação se torna menos complexa. Quanto mais se opera no território, no local onde as pessoas moram e nas culturas em que as pessoas existem, quando há que conectar recursos que a comunidade tem ou se deparar com a desconexão de diversas políticas públicas, quando se encontram pessoas em prisão domiciliar, ou que não procuram ajuda e estão em risco de morte, quando mais se transita pelo território a complexidade aumenta.

Decorrente dessa complexidade, as ações acontecidas no território são ricas em possibilidades e, quando operadas em redes quentes mostram maior potencialidade terapêutica e de produção de direitos.

A segunda questão é proveniente do fato do Programa de Saúde da Família ou Estratégia da Família ser, por assim dizer, já um programa de saúde mental. À diferença de outras modalidades com ambulatorios de saúde mental, prontos

atendimentos ou mesmo centros de saúde convencionais, os pacientes conhecem os médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde pelo nome e as equipes de saúde da família mantêm um vínculo continuado com essas pessoas. Fazem acolhimento, que é uma maneira de escutar o sofrimento de quem precisa quando precisa, dispõem de diversos dispositivos coletivos como grupos de caminhada, grupos de reciclagem de lixo, de ações culturais diversas.

O fato das equipes estarem compostas por trabalhadores que são ao mesmo tempo membros da comunidade e membros da organização sanitária dota a ESF de uma potente capilaridade. Os agentes comunitários de saúde visitam pelo menos uma vez por mês cada grupo familiar que habita na sua área. Dessa forma descobrem casos que não chegam à psiquiatria, como esquizofrênicos em prisão domiciliar ou crianças abusadas sexualmente, conhecem as tensões das bocas de fumo e sabem dos que estão ameaçados.

O fio condutor de uma prática de saúde mental é a angústia que provoca o contato da loucura, da doença mental e da violência nas equipes de saúde da família. Daí que as equipes de profissionais que se propõem a fazer ou produzir saúde mental na atenção primária precisam priorizar os casos de maior gravidade, a risco de nunca conquistar as equipes de saúde da família.

A Organização Mundial da Saúde acaba de produzir um documento denominado “Integração da Saúde Mental nos cuidados primários – uma perspectiva global”. Nesse documento se preconizam princípios para interligar saúde mental e cuidados primários e são descritas boas práticas de diversas partes do mundo, incluído o Brasil com a experiência de Sobral, onde foi desmontado um manicômio e substituído pelo trabalho da saúde mental em parceria com saúde da família.

São várias as modalidades de operar em parceria e nenhuma delas retrocede à época do preventivismo, quando as equipes de saúde mental pretendiam prevenir as doenças mentais e acabavam aumentando o fluxo de pacientes graves para hospitais psiquiátricos.

Todas essas maneiras de fazer saúde mental na atenção primária têm em comum o fato de operar junto e não dividir o trabalho ou se recluir nos consultórios definindo o tipo de demanda que irão atender sem priorizar os casos em que agentes comunitários, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem mais precisam de cooperação.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família deveriam ser núcleos de vanguarda e não de retaguarda, e a transformação de uma proposta tão inteligente, pensada para potencializar a Estratégia da Saúde da Família em atendimento ambulatorial. Seria um verdadeiro retrocesso, com a possibilidade de contribuir com a descaracterização da metodologia da Estratégia da Família.

Esta é uma das grandes dificuldades das práticas de saúde mental interligadas à atenção primária. É preciso profissionais que estejam acostumados a operar em ambientes não protegidos. Na formação de equipes de saúde mental do Projeto Qualis/PSF contamos com profissionais que tinham passado pela experiência de desinstitucionalização de Santos e os que não possuíam experiência tiveram um fortíssimo investimento em formação.

As equipes de saúde mental que operam na atenção básica realizam intervenções clínicas de maior complexidade que aquelas que acontecem nos CAPS e para tanto deveriam encontrar modos de capacitação em serviço que flexibilizem a atuação, que permitam trabalhar com pacientes difíceis nos CAPS, para que saibam o que é uma enfermaria de hospital psiquiátrico e aprendam a atender crises.

No Brasil, os programas de saúde mental ligados à atenção básica, em grande medida, são filhos da desmontagem de hospitais psiquiátricos e da invenção institucional para prática da reabilitação psicossocial.

O objetivo central de uma prática de saúde mental é capacitar, autorizar, contribuir para que toda a organização de saúde possa fazer saúde mental. Às vezes uma ida ao médico pode ter um sentido de intervenção de saúde mental, de rearranjo familiar. Em outras a indicação de caminhadas periódicas pode ser uma medida fundamental no tratamento de alguém que está deprimido.

Quando as equipes de saúde mental atendem e acompanham em parceria os casos mais difíceis, os que mais os angustiam e desafiam, podem atender sem participação de técnicos de saúde mental a inúmeras famílias.

As equipes de saúde mental e os NASFS podem atuar como conectores entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde e como conectores com diversas ações informais que acontecem ou se inventam no seio da comunidade, ativando o comum, que é anterior ao conceito de comunidade (como indicaram Antonio Negri e Michael Hardt a comunidade é uma unidade moral).

Daí a importância de dispositivos terapêuticos como o da Terapia Comunitária, que além de constituir uma possibilidade de elaboração coletiva do sofrimento

empoderam agentes comunitários e técnicos. Mas esses não são os únicos. Os operadores de saúde mental que atuam em atenção básica devem estar atentos aos conectores, que são vitais para constituição de redes quentes, redes tensas que gerem subjetividades cidadãs.

É fundamental a tensão constante da rede de cuidados, mas é fundamental a denominada advocacia. Um exemplo disso é a necessidade constante de capacitação na operação do Estatuto da Criança e do Adolescente. As pessoas que assistem as equipes de saúde da família vivem um estado de estrutural déficit de direitos.

O Controle Social, no século XXI é cada vez menos praticado em instituições fechadas e mais ao ar livre, nos domicílios, e ali onde a saúde mental contemporânea deve livrar seu combate.

Hoje equipes de saúde da família estão conseguindo fazer experiências promissoras em diversas cidades brasileiras. A inserção nos bairros e nas vilas, a ascendência afetiva conquistada permite que agentes comunitários consigam suspender a ordem de fusilamento de alguém que deve ao traficante. A ativação de recursos absolutamente informais para conter crises.

Porém na Conferência Nacional de Saúde Mental deve-se discutir o financiamento dessas práticas, como, aliás, sugere o citado documento da OMS. A outra questão a ser discutida na Conferência Nacional de Saúde Mental é que essas práticas podem e devem contribuir para o protagonismo dos usuários do SUS.

Consideramos que a saúde mental praticada na Atenção Básica, especialmente em parceria com as equipes de saúde da família, é altamente promissora, ela pode contribuir com a diminuição da violência tanto a institucional psiquiátrica como a praticada nas periferias das grandes cidades e para construção de territórios de paz.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

¹PORTAL DA SAÚDE. Saúde Mental, Atenção Primária, Promoção da Saúde. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smlancetti.pdf



TEXTO COMPLEMENTAR N. 3

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL

Este texto foi construído a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do caderno de atenção básica n.34

ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada e contato preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Através desse primeiro contato se estabelecem vínculos que possibilitam, inclusive, maior proximidade, acompanhamento e comunicação com toda a rede de Atenção à Saúde, considerando também a inserção sociocultural, buscando produzir Atenção integral.

Sendo assim as ações na Atenção Básica são desenvolvidas em um território geograficamente delimitado, denominado de território adscrito ou microárea. Nessas comunidades/territórios os profissionais de saúde estabelecem ações de continuidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, considerando os elementos sociais pertencentes aos contextos de vida, que refletem o desenho da saúde das pessoas.

Pode-se também dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, torna-se comum aos profissionais de saúde da Atenção Básica intervirem nas situações com as pessoas que se encontram em situação de sofrimento em saúde mental.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Atenção integral em Saúde Mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integral das dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções.

As práticas em Saúde Mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários abrangendo as diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha identificar.

O cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica, pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia no território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Contudo, é importante destacar que algumas ações de saúde mental são diariamente realizadas, mesmo sem que os profissionais as percebam em seu processo de trabalho.

Portanto, para maior aproximação ao tema e entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como saúde mental, torna-se necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. O cuidado às pessoas com sofrimentos mentais nos seus diversos níveis deve partir da estruturação dos serviços já existentes, na Atenção Básica em saúde, no cotidiano onde a vida dos sujeitos acontece.

As intervenções em saúde mental devem, então, promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde, e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

REDES DE ATENÇÃO

As Redes de atenção e cuidado da Atenção Básica reconhecem e avançam no sentido de contemplar equipes de diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos existentes de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua, Consultórios na Rua, e ampliação do número de municípios que possuem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços que complementam a Atenção à Saúde, com mais especificidade, e facilitaram as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas.

As Redes de Atenção à Saúde devem ser bases atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária como resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica. A Estratégia de Saúde da Família e outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais.

A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade.

As equipes de Saúde da Família têm por responsabilidade sanitária um território de referência e contam com equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família, das equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais[,] etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes das Unidades Básicas de Saúde, atuando diretamente no apoio matricial às equipes às quais os Núcleos estão vinculados.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – Nasfs

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade.

Os Nasfs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (exemplos: CAPS, Cerest, ambulatórios especializados, etc.), além de outras redes como Suas, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do Nasf e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Nasfs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc. As atividades podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, nas academias Academias da Saúde ou em outros pontos do território.

AÇÕES TERAPÊUTICAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Algumas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado (CHIAVERINI, 2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário, e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica comuns a todos os profissionais:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e dar garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde/doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)
para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica

- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Realizar ações de educação em saúde para a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

DAS ESPECIFICIDADES DO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.);

- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

DAS ESPECIFICIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família ou como forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. Abaixo as atribuições desses profissionais:

- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

CONSULTÓRIO NA RUA

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da Atenção Básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Em municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os NASFs do território onde essas pessoas estão concentradas.

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DA AMAZÔNIA LEGAL E PANTANAL SUL MATO-GROSSENSE

Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

I - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II - Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em

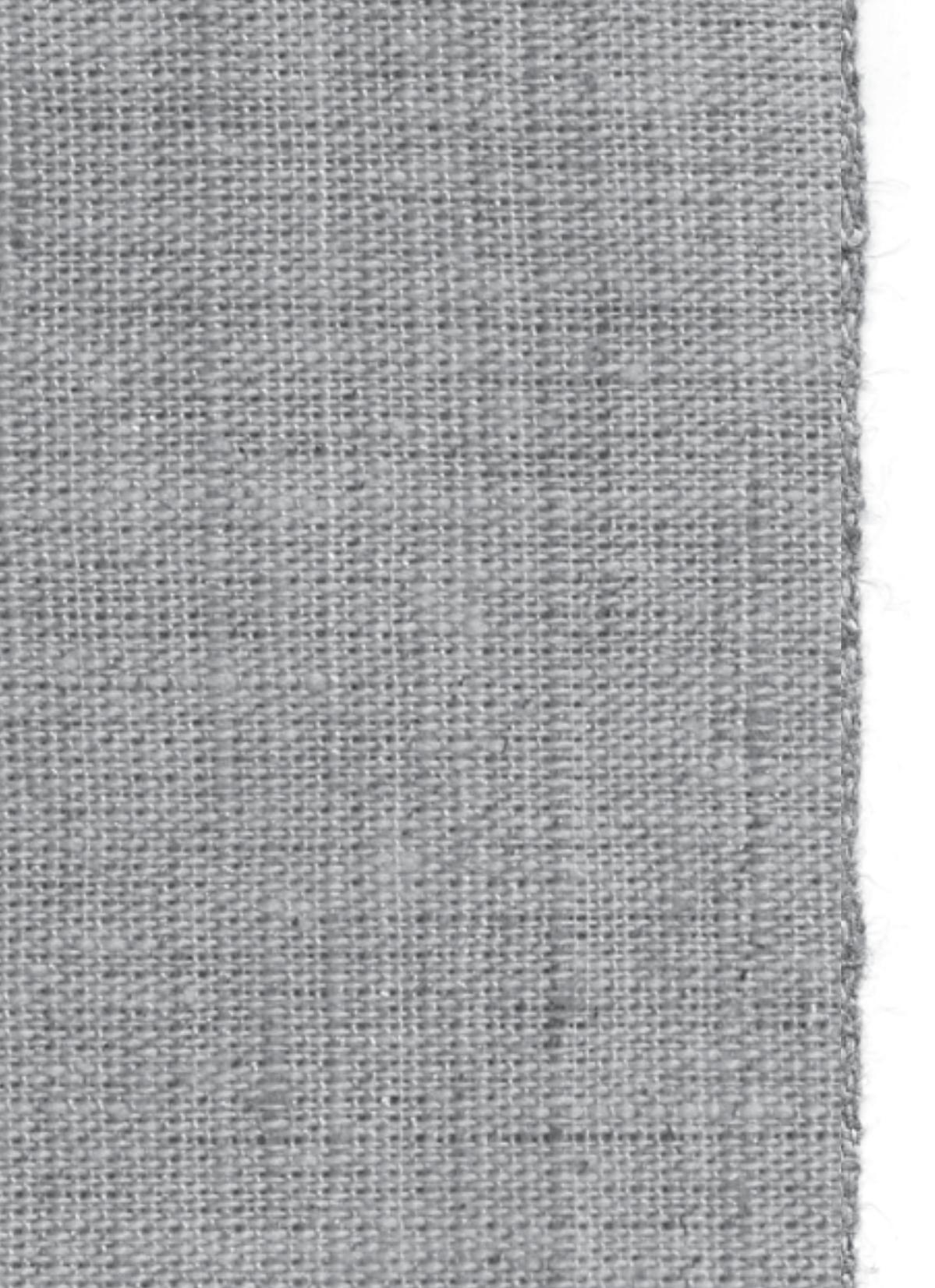
Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população, por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis a 12 agentes comunitários de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental/Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, 2013.





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ministério da
Saúde Governo Federal

VENDA PROIBIDA