


ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO



Módulo
Organização dos serviços para garantir acesso e
promover vinculação do usuário de drogas

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretoria do Departamento de Gestão a Educação na Saúde

Secretaria Executiva da Universidade Aberto do SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

Chefe do Departamento de Saúde Pública Alcides Milton da Silva

Coordenadora do Curso Fátima Büchele

GRUPO GESTOR

Antonio Fernando Boing

Elza Berger Salema Coelho

Kenya Schmidt Reibnitz

Sheila Rubia Lindner

Rosangela Goulart

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Ana Carolina da Conceição

Daniel Márcio Pinheiro de Lima

Felipe Farias da Silva

Graziella Barbosa Barreiros

Jaqueline Tavares de Assis

Mauro Pioli Rehbein

Mônica Diniz Durães

Patrícia Santana Santos

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

Roberto Tykanori Kinoshita

EQUIPE TÉCNICA DA UFSC

Douglas Kovaleski

Fatima Büchele

Marta Verdi

Rodrigo Otávio Moretti Pires

Walter Ferreira de Oliveira

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO

Fátima Büchele

Denis Petuco

AUTORIA

Lilia Araújo e Marco Manso Cerqueira Silva (unidade 1)

Graziella Barbosa Barreiros (unidade 2)

REVISORA INTERNA

Renata de Cerqueira Campos

REVISORAS FINAIS

Graziella Barbosa Barreiros

Jaqueline Tavares de Assis

Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

COORDENAÇÃO DE TUTORIA

Fernanda Martinhago

GESTÃO DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Marialice de Moraes

Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Jimena de Mello Heredia

Design Instrucional Agnes Sanfelici

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Fabrício Sawczen

REVISÃO

Revisão Ortográfica Flávia Goulart

Revisão ABNT Jéssica Natália de Souza dos Santos

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO

MÓDULO

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA GARANTIR ACESSO E PROMOVER VINCULAÇÃO DO USUÁRIO DE DROGAS

Catálogo elaborado na fonte

A663o Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão.

Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina; Fátima Büchele; Dênis Roberto da Silva Petuco [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

75 p.: il.,gráf.

Modo de acesso: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>

Conteúdo do módulo: Acesso ao cuidado e seus desafios. – Construindo e consolidando o vínculo.

Inclui bibliografia

ISBN:

1. Saúde mental. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Educação a distância. I. UFSC. II. Büchele, Fátima. III. Petuco, Dênis Roberto da Silva. IV. Araújo, Lília. V. Silva, Marco Manso Cerqueira. VI. Barreiros, Graziella Barbosa. VII. Título.

CDU 616.89

ABERTURA DO MÓDULO

Caro Aluno,

Seja bem-vindo! Você está iniciando um estudo que trata da organização dos serviços para garantir acesso ao usuário de drogas por meio da construção e da consolidação do vínculo.

Esse tipo de conteúdo vai lhe subsidiar a encontrar saídas importantes, enfatizando aspectos relacionais que envolvem respeito, acolhimento, vínculo e confiança entre usuário e equipe.

Algumas informações são apresentadas para que você discuta a importância que a atuação interdisciplinar tem no acolhimento e no vínculo entre o usuário e equipe como instrumentos de trabalho, que orientam a tomada de decisão e facilitam o acesso, contribuindo para a garantia do cuidado na sua integralidade. É nesse contexto que se compreende, por exemplo, o trabalho de registro das ações cotidianas e o uso do prontuário como instrumento de cuidado. Não podemos esquecer também que a identificação de diferentes formas de atuação no território, e o vínculo que se estabelece entre os usuários e sua equipe, são estratégias importantes para o sucesso do atendimento.

As relações entre as equipes e os usuários dos serviços de saúde são extremamente ricas e complexas. A questão do vínculo é objeto de reflexão constante. No atendimento de pessoas que usam álcool e outras drogas, essa complexidade adquire alguns contornos característicos que podem e devem influenciar na própria organização dos serviços.

Dessa forma, nós lhe convidamos a participar deste módulo, lendo todo seu conteúdo e refletindo sobre esse tema de modo que essa estratégia de aprendizagem possa facilitar a implementação de atividades na organização do acesso e no vínculo estabelecido entre o serviço e sua equipe.

Bons estudos!

Professora Fátima Büchele
Professor Denis Petuco

OBJETIVO DO MÓDULO

Problematizar a temática do acesso no cotidiano do trabalho, enfatizando alguns aspectos relacionais que envolvem respeito, acolhimento, vínculo e confiança entre usuários e equipe.

Apresentar a importância da atuação interdisciplinar, interdisciplinar e em rede para o acolhimento, o vínculo, o registro e a produção de informação em saúde como instrumentos de trabalho que orientam a tomada de decisão, bem como facilitar o acesso e a garantia de cuidado centrado nos usuários, na perspectiva da integralidade.

CARGA HORÁRIA

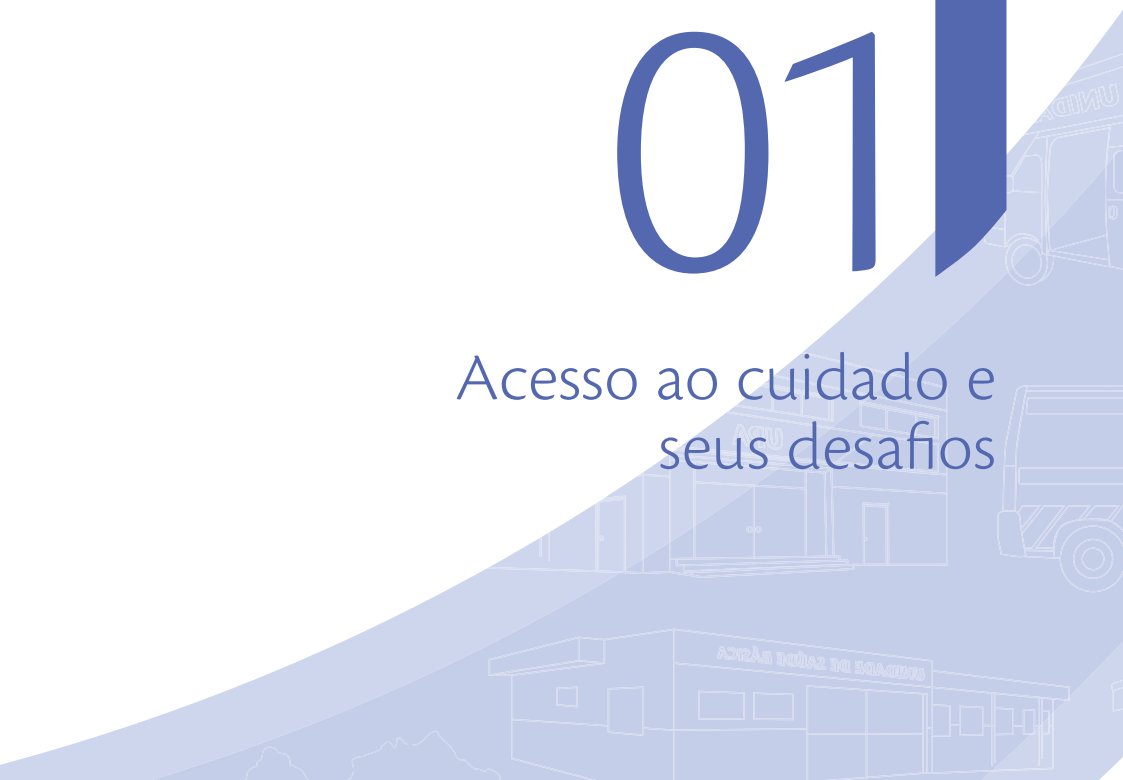
15 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – ACESSO AO CUIDADO E SEUS DESAFIOS	11
1.1. Introdução	11
1.2. O acesso ao cuidado e seus desafios.....	13
1.3. Organização do trabalho em equipe interdisciplinar	18
1.4. Acolhimento e escuta qualificada	24
1.5. O registro como ferramenta de acesso e vinculação	28
1.6. Outras estratégias de garantia ao acesso	30
1.7. Resumo da unidade.....	33
1.8. Leituras complementares	34
UNIDADE 2 – CONSTRUINDO E CONSOLIDANDO O VÍNCULO	37
2.1. Introdução	37
2.2. Construindo o vínculo	38
2.2.1. A porta pode ser aberta em qualquer lugar	40
2.2.2. Conhecendo o usuário	45
2.2.3. Flexibilidade no cuidado, ferramenta fundamental.....	51
2.3. Consolidando o vínculo.....	54
2.3.1. É preciso trabalhar em equipe para vincular a clientela.....	57
2.3.2. A comunicação como ferramenta indispensável no processo de vinculação da clientela.....	59
2.3.3. A ambiência como fator fundamental de vinculação	61
2.4. Resumo da Unidade	65
2.5. Leituras complementares.....	66
ENCERRAMENTO DO MÓDULO	67
REFERÊNCIAS	68
MINICURRÍCULO	72

01

Acesso ao cuidado e
seus desafios



UNIDADE 1 – ACESSO AO CUIDADO E SEUS DESAFIOS

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- reconhecer os problemas relacionados à ampliação do acesso, trabalhando estratégias para facilitá-lo ou dirimir suas barreiras, contemplando, assim, a organização do trabalho em equipe interdisciplinar, na perspectiva da rede intersetorial.

1.1. INTRODUÇÃO

Como já compreendemos as questões fundamentais acerca dos valores, princípios, processos históricos, conceitos e estruturas que compõem o trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, especialmente com relação ao cuidado ofertado às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, convidamos você a mergulhar no desafio de promover acesso à clientela.

Como já abordado anteriormente, o modelo de atenção psicossocial parte do princípio que uma abordagem adequada do uso de drogas nas sociedades implica considerar as múltiplas funções do seu uso, contextualizando-as frente aos fatores subjetivos, culturais, políticos, econômicos e sociais em que se processam (BUCHER, 1996). De acordo com essa concepção, o cuidado deve se centrar no indivíduo, contemplando a singularidade e integralidade dos sujeitos, por meio de ações éticas e terapêuticas, desenvolvidas por equipe interdisciplinar e numa perspectiva de rede intersetorial.

Esse novo paradigma busca superar o modelo hegemônico de assistência à saúde que, dentre outras características, desconsidera os diferentes padrões de uso, centrando na abstinência o caminho, o meio e a finalidade do tratamento, por meio da exclusão dos usuários do convívio social.



Reflexão

Com base neste cenário, estimado aluno, convidamos-lhe a pensar rapidamente naqueles usuários de álcool e outras drogas que você conhece. Todos eles apresentam o mesmo comprometimento em relação à substância? Você consegue imaginá-los submetidos igualmente a um mesmo tipo de tratamento, em regime fechado? Difícil, não?! Pois, não podemos deixar de considerar que cada ser é único e estabelece relação singular com a droga de escolha.

Do exposto, podemos concluir que a abordagem baseada exclusivamente na abstinência, representa uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde (MARLATT, 1999). As limitações desse modelo, dentre outros agravantes, fomenta o estigma e a marginalização dos usuários, ocasionando a ampliação das situações de exclusão e exposição a diversos agravos sociais e à saúde. Explicitando, dessa forma, a urgente necessidade de intervenções biopsicossociais efetivas e integradas.

Nesse novo olhar sobre o fenômeno do consumo de drogas, a equipe de saúde mental tem como objeto de cuidado o sujeito, com o qual deve estabelecer uma relação horizontalizada, dialógica e acolhedora, buscando superar a centralidade no ato médico, por um formato de trabalho interdisciplinar.

Nesse sentido, uma pluralidade de iniciativas governamentais têm sido implementadas com a finalidade de fortalecer a inserção comunitária do SUS - Serviço Único de Saúde - e promover acesso das pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras

drogas ao cuidado. Entretanto, a baixa demanda de atenção e de acesso aos serviços da rede de cuidado por parte das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, nos leva a indagar nossas práticas, a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes.



Link

É importante que você conheça bem as iniciativas como a Rede de Atenção Psicossocial, que promovem o acesso aos usuários de substâncias psicoativas. Saiba mais a respeito dessa rede consultando a Portaria n. 3088/2011, republicada em maio de 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/MieKr9>>.

1.2. O ACESSO AO CUIDADO E SEUS DESAFIOS



Reflexão

Em sua opinião, o que determina a acessibilidade das pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas aos serviços de saúde?

Você deve ter concluído que o acesso do usuário ao serviço representa um grande desafio. Trata-se de uma questão que envolve uma variedade de fatores, desde as dificuldades oriundas do estigma que recai sobre as pessoas que fazem uso de drogas, à oferta e características dos serviços e das práticas de cuidados.

O imaginário social construído em torno do uso e dos usuários de drogas constitui um dos principais obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, uma vez que ainda prevalecem representações estereotipadas, atreladas a julgamentos morais e forte vinculação com a violência e criminalidade. Em regra, essas representações são evidenciadas e reproduzidas no cotidiano, por formulações do tipo: “Toda droga leva

à morte”; “Crack: cadeia ou caixão”; “Toda pessoa que experimenta uma droga fica viciado”; “Quem usa droga está procurando a morte”; “As drogas são a causa de toda violência urbana”, “Droga é um caminho sem volta” dentre outras tantas que demonizam a substância e seus usuários.

O termo “droga”, nesse cenário, alude uma representação moral da substância (ilegal), automaticamente transferida a seus usuários (CARNEIRO, 1994), ou seja, se a maconha é uma droga ilícita, seu uso é ilegal, logo, o usuário dessa substância é um criminoso, portanto, passível de julgamento e punição. Essa racionalidade punitiva e repressiva constitui significativa barreira de acesso aos serviços de saúde, seja pela posição de invisibilidade dos usuários, ao tentarem se proteger dos julgamentos e da punição (ACSELRAD, 2000); seja pelo tratamento dispensado por parcela de profissionais da saúde, que, atuando sob esse registro, desqualifica e rotula o usuário de drogas.

Essa concepção assume visibilidade, na prática profissional, por meio de falas e atitudes corriqueiras que remetem a crenças do tipo:

- “Ele usa drogas porque quer”;
- “Os usuários de drogas não são pessoas confiáveis”;
- “Os usuários precisam de regras e limites”;
- “Eles não são capazes de manejar a autonomia”;
- “A solução é tirar, afastar o usuário do contexto”;
- “Tem que parar de usar”;
- “Os usuários são resistentes, têm pouca adesão”;
- “Eles não cuidam da saúde, querem morrer”.

Dentre outros agravantes, esses conteúdos legitimam o ideal de uma sociedade livre das drogas, reforçam a abstinência como única possibilidade de tratamento, repercutindo negativamente na consolidação

do acesso universal como direito constitucional, além de desqualificar o potencial da atenção psicossocial comunitária.

A dificuldade de lidar, de forma mais realística, com o fenômeno do consumo de drogas além de inibir uma abordagem vincular, gera tensão e fracasso, na medida em que, pautados no modelo disciplinador, o profissional estabelece uma relação de poder, buscando exercer o controle e adequação dos comportamentos, atitudes, valores e costumes da clientela.

O estigma, como obstáculo ao acesso, pode ser gradativamente superado a partir de processos contínuos de qualificação da equipe, da garantia de espaço para discussão de casos, grupos de estudos e, sobretudo, de uma supervisão externa e acolhedora.

A localização geográfica constitui outro aspecto relevante à garantia da acessibilidade, devendo-se levar em consideração a distância que o usuário deve percorrer; o tempo gasto nesse percurso e o custo para acessar o serviço. Nesse sentido, a implantação de pontos da rede de cuidado em área de circulação e permanência de pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas representa um facilitador para o acesso do público a quem se destina.

Nos últimos anos, um novo tipo de barreira espacial, entre o usuário e serviço, tem se evidenciado: a divisão territorial definida por grupos rivais ligados à organização do tráfico, cujo resultado impede o livre trânsito da população de um território em determinadas áreas ou vias de acesso. Nessas circunstâncias, as ações extramuros representam estratégias importantes para a promoção de acesso e definição conjunta de possibilidades para enfrentamento do obstáculo.

A exigência de encaminhamento, de documentação e, em alguns serviços, o comprovante de residência representam grande barreira de acesso, principalmente para o segmento em situação de rua. Uma possibilidade de superar essa dificuldade seria pactuar, na equipe, meca-

nismos internos para desburocratizar o acesso, acolher o usuário, promover a inclusão no sistema e facilitar, através de encaminhamento, a aquisição dos documentos.

A ambiência, considerada em suas várias dimensões, reflete condições de dignidade, respeito e humanização, presentes no espaço onde ocorre o atendimento.



Reflexão

Pensando a ambiência no seu contexto, como você avalia seu espaço de trabalho? A estrutura física propicia a acessibilidade de pessoas com dificuldade de locomoção? Trata-se de um ambiente apropriado ao cuidado, onde os usuários se sentem respeitados e acolhidos em seu sofrimento e história de vida?

O respeito ao usuário revela-se também na higiene, organização, adequação e estética do espaço; nas condições de acomodação e salubridade.

Todavia, a disponibilidade do equipamento de saúde, num determinado território, não é suficiente para assegurar a aproximação e permanência do usuário no serviço, você concorda? A organização do serviço constitui um dos principais determinantes de acesso, devendo ser analisado em função da correspondência entre a oferta e as demandas de saúde da população; do horário de funcionamento e acolhimento; do tempo de espera para receber atendimento; da flexibilidade; pontualidade e postura dos profissionais e, sobretudo, da qualidade do acolhimento e da assistência.

E na prática, como pensar a organização do serviço com vistas à promoção do acesso? Em linhas gerais, podemos inferir que um primeiro passo é buscar conhecer quem é a população referenciada e suas demandas de cuidado. A análise de situação inclui o reconhecimento da teia de vulnerabilidades que esse segmento está inserido; os fatores

de proteção disponíveis nos diversos domínios da vida; a participação comunitária; o mapeamento das instituições e equipamentos sociais existentes no território, incluindo as redes informais.

Com base no diagnóstico de situação, deve-se pensar na elaboração do projeto terapêutico institucional e nos serviços a serem oferecidos, em conformidade com as necessidades de seus usuários e reais possibilidades da equipe. A oferta organizada de serviço deve refletir as demandas do público a quem se destina, incluindo ações de reabilitação, tratamento, prevenção de agravos e promoção da saúde, desenvolvidas no caso a caso.

Como desdobramento, deve-se atentar para o planejamento de fluxos (trajetórias dinâmicas e flexíveis centradas na demanda dos usuários) que impliquem em ações resolutivas, guiadas pela escuta e pelo acolhimento, atendimento e acompanhamento numa perspectiva de cuidado progressivo à saúde.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. (BRASIL, 2003 p.12)

A articulação com demais pontos da rede de atenção psicossocial, inserida no território, é um pré-requisito para garantir acesso e resolutividade do serviço, que deve atuar na ótica da atenção integral, repercutindo no desenvolvimento da corresponsabilidade, da autonomia, da reinserção e da afirmação da vida. A organização de grupos de trabalhos interinstitucionais, os fóruns permanentes de discussão e mobilização e a interconsulta constituem importantes recursos de articulação entre os serviços especializados em saúde mental e outros pontos da rede de cuidados, principalmente, a Atenção Básica. A in-

terconsulta, em especial, consiste na pactuação de fluxos, discussão conjunta dos casos, indicação do atendimento e os encaminhamentos adequados para cada caso ou situação singular.

A equipe, portanto, opera com elementos de uma clínica ampliada, dinâmica e centrada no sujeito, cujas práticas, “colocam em especial evidência as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica”, como elementos inseparáveis (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p. 1056).



Saiba Mais

Não deixe de ler o volume 34 dos Cadernos da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

1.3. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

De acordo com o Ministério da Saúde, “a atenção integral compreende o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos na trajetória de vida das pessoas, prevendo a maximização da saúde nos três níveis de atenção” (BRASIL, 2003, p. 35). Sendo o consumo de drogas uma prática tão complexa (com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas), a atenção integral às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas tem representado um grande desafio. Essa atenção exige o estabelecimento de relações dialógicas e complementares dos diferentes campos do saber, no intuito de produzir respostas sociais mais adequadas e justas que, se não resolvam, pelo menos minimizem os riscos e danos sociais e à saúde, advindos da prática de consumir álcool e outras drogas.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta, uma ferramenta para a efetivação da política.

Existem alguns serviços que, embora disponham de equipe com profissionais de diferentes áreas, organizam a atenção de forma fragmentada e isolada, havendo justaposição das ações. Esse modelo, caracterizado pelo isolamento de saberes e centrado na queixa-conduta, negligencia o olhar para o indivíduo em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. Uma prática ainda “muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos sujeitos a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoolista ou pior ainda, o leito nº...)” (BRASIL, 2006, p. 13). No campo da saúde mental, as práticas de atenção fragmentadas reduzem a pessoa humana à condição de “paciente”; e o projeto terapêutico a um somatório de distintos procedimentos, desprovidos de sentido para o usuário. (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1990; SARACENO, 1998).

A atenção interdisciplinar é o que sustenta a possibilidade de uma abordagem integral do ser humano compreendido na sua totalidade, ou seja, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Implica que o saber de cada disciplina seja orientado para busca de soluções de problemas concretos, existentes no cotidiano do trabalho. Esses problemas, em geral, transcendem os limites e acepções formais de um campo do saber, o que vai exigir do profissional o conhecimento de outras áreas, além daqueles que já domina na sua própria.



Reflexão

Como organizar o trabalho da equipe interdisciplinar, com vistas à garantia do acesso?

Aqui, uma condição a ser ressaltada está na compreensão coletiva do objeto e da finalidade do cuidado. É essencial que a equipe tenha clareza que o centro de sua atuação é o sujeito e suas necessidades, compreendendo que “cada indivíduo constitui campo de integração e inter-relação de vários fenômenos de manifestação biopsicossocial” (BRASIL, 2003, p.31); e que o cuidado “(...) implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada” (ALVES; GULJOR, 2004, p.227).

Uma característica essencial do trabalho em equipe interdisciplinar é a democratização do processo de trabalho, por meio da participação de profissionais e usuários nas deliberações sobre a gestão do cuidado.

A gestão compartilhada constitui diretriz ética e política, intimamente relacionada ao reconhecimento da autonomia e fortalecimento de vínculos de confiança e solidariedade entre profissionais, usuários e instâncias de controle social. Neste contexto, as assembleias semanais constituem importante ferramenta de gestão e fortalecimento do protagonismo, cujas deliberações, devem estar fundamentadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Ou seja: temos autonomia para algumas definições no âmbito da assembleia, mas não podemos tomar decisões que sejam contrárias aos princípios do SUS e da Constituição Federal.

Um requisito para concretizar a atenção interdisciplinar é a análise sistemática e coletiva da prática, por meio das reuniões de equipe, objetivando a socialização da crítica e a produção de estratégias conjuntas para enfrentamento dos problemas, inclusive, os próprios sentimentos de impotência e receios da equipe, diante de determinadas situações. É importante garantir espaço para a discussão de casos e avaliação dos projetos terapêuticos, a partir dos diferentes olhares e saberes da equipe.

Contudo, na prática, a interdisciplinaridade apresenta-se desafiante para os profissionais, seja pela natureza das relações assimétricas e difícil participação de profissionais nas discussões em equipe, ou seja, pela fragilidade na formação e qualificação dos profissionais de saúde para atuar em conformidade com a proposta interdisciplinar. Neste sentido, identificar as demandas e oportunidades relacionadas ao processo de educação permanente é condição necessária à qualificação das práticas.

Mesmo diante das dificuldades, é possível fazer referência a experiências exitosas, a exemplo da vivenciada pela equipe do CAPSad Pernambués, situado na capital da Bahia.



Boa Prática

Mesmo diante das dificuldades, é possível fazer referência a experiências exitosas, a exemplo da vivenciada pela equipe do CAPSad Pernambués, situado na capital da Bahia. Acompanhe!

“O trabalho no CAPSad Pernambués pode ser descrito como envolvente, implicando e vinculando os profissionais ao serviço” (...) “O que pode ser descrito como envolvente? A organização dos processos de trabalho e configuração da rede interna; a participação nos processos decisórios e a valorização das contribuições individuais ao projeto institucional, fazendo com que todos se identifiquem com o projeto

e percebam-se como seus co-autores.” (...) “No CAPSad Pernambués observou-se ser tudo muito discutido, até que o consenso fosse atingido entre os integrantes da equipe – seja em espaços informais ou em espaços de reuniões de trabalho. Esta pode ser apontada como prática que favorece e ao mesmo tempo fortalece o trabalho interdisciplinar. A consequência era a construção de um discurso compartilhado entre os atores deste serviço com importante repercussão sobre a organização das práticas de cuidado. Observou-se um fluxo natural de discussão na instituição. Por exemplo, se os coordenadores de uma oficina terapêutica planejassem uma intervenção específica – tal como produzir peças para exposição em uma intervenção comunitária –, esta proposta era levada para discussão na esfera da coordenação específica e, em seguida, para a esfera da reunião da equipe técnica. Com este fluxo de discussão, toda a equipe de certa forma participava da discussão das atividades desenvolvidas no e pelo serviço e delas tomavam conhecimento. Esta circunstância, por sua vez, facilitava a identificação das parcerias possíveis para a conformação da rede internas do serviço tendo em vista a concepção de novas propostas de intervenção. (...) “Outra expressão do trabalho interdisciplinar era a complementaridade de intervenções da equipe, propiciada, por sua vez, pela prática de discussão de casos com a participação de toda a equipe. Assim, por exemplo, o profissional da recepção podia observar o estado em que o usuário chegou ao serviço ou a sua participação nas atividades propostas e compartilhar destas suas impressões com os respectivos técnicos de referência. Estas impressões dos profissionais de nível médio eram valorizadas e levadas em consideração pela equipe. A complementaridade se manifestava, ainda, na possibilidade do desenvolvimento de ações conjuntas, muitas vezes constituídas por dupla de profissionais (também residentes e estagiários) de formação ocupacional distinta.

A busca de apoio entre os profissionais da equipe para o planejamento e realização de atividades (oficinas e grupos, acolhimento, atenção a usuários em crise, elaboração de relatórios etc) apresentava-se certa-

mente como uma das expressões mais fortes do trabalho interdisciplinar no contexto do CAPSad Pernambués. Este movimento em muitos momentos decorria da interação entre profissionais na sala dos técnicos, de forma muitas vezes espontânea, mas que implicava em um reconhecimento de parceria e cumplicidade entre os integrantes da equipe. (...) “A articulação dos profissionais em uma rede interna para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar no contexto do CAPSad revelou-se de grande relevância frente aos desafios da clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias. As associações e parcerias entre integrantes da equipe permitiam contornar sentimentos de solidão, frustração e angústia que o trabalho poderia suscitar. As relações de cumplicidade e solidariedade, por sua vez, encorajavam a proposição de intervenções novas. Esta parece ser uma condição importante para a produção de novas tecnologias de cuidado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do serviço estudado” (...) “As atribuições de cada integrante da equipe multiprofissional encontravam-se definidas por sua formação profissional (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional etc.). (...) “As especificidades de atuação conviviam, por outro lado, pela contribuição ao fazer do outro, o que envolvia, por sua vez, o domínio do que seja este fazer do outro e do que pode ser assimilado, com respeito a cada campo disciplinar, ao fazer coletivo”. (...) “As reuniões de trabalho e as discussões de casos despontam como condição propiciadora da interdisciplinaridade no contexto do CAPSad”. (...) “Outro espaço oportunizado no serviço para a discussão de caso correspondia ao momento reservado ao final das atividades grupais (oficinas, grupos, assembleias) coordenadas por mais de um profissional ou em colaboração com residentes e estagiários com o propósito de sua avaliação. Discutia-se, nesta direção, se a condução da atividade havia ocorrido em conformidade com o planejado, atendendo aos seus objetivos, os fatores que podiam ter oferecido dificuldade para o alcance destes objetivos, que aspectos poderiam ser aprofundados em encontro subsequente e sobre a participação dos usuários (nível de participação; adesão à proposta da atividade naquele dia; conteúdos manifestos e relação

destes com sua história de vida, necessidades e demandas; questões observadas que precisavam ser sinalizadas aos respectivos técnicos de referência para aprofundamento em atendimento individual, apontando para outro momento de discussão do caso). O conteúdo relativo às drogas e seus efeitos pouco se fez presente nos momentos de discussão de casos observados pela pesquisa. O foco recaía sobre a história de vida dos usuários/familiares, suas necessidades e demandas de atenção e sobre as intervenções realizadas ou propostas a partir do serviço. Nesta direção, a discussão de caso figurava como condição que favorecia tanto a interdisciplinaridade quanto a integralidade das práticas de cuidado no contexto do serviço (ALVES, 2009. p. 163-165).

1.4. ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA

“O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2008, p.6) que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica. De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento deve ser compreendido com “diretriz ética/ estética/ política constitutiva dos modos de produção de saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços de saúde” (BRASIL, 2006b, p18).

Assim, a produção de saúde é mediada pelo encontro e pela produção de subjetividades: de um lado o sujeito-usuário que busca atenção e, do outro, o sujeito-profissional, no seu ato de prover o cuidado. A forma como este encontro se efetiva é determinante na trajetória do usuário e reflete a organização do serviço e trabalho da equipe, explicitando desta forma, a relevância do tema acolhimento.

Neste cenário, o acolhimento exerce a função de fomentar reflexão e transformações na organização de serviços e produção de saúde, devendo ser compreendido a partir de três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação das práticas de saúde.

Como postura, pressupõe a mobilização de recursos relacionais, traduzindo a capacidade da equipe em estabelecer relações assinaladas pelo interesse mútuo, confiança e apoio recíproco entre si e com os usuários. (BRASIL, 2006b, p. 19). No cotidiano dos serviços, esse é um aspecto de expressiva relevância, podendo facilitar ou inibir o acesso do usuário. Neste viés, é essencial que toda a equipe exercite de uma postura empática, respeitosa e acolhedora: um simples cumprimento de “bom dia”, “boa tarde” ou “posso ajudar?” faz muita diferença! Para qualquer pessoa, independente de ser usuária de drogas, é importante ser reconhecida pelo seu nome e respeitada em sua história, devendo o profissional evitar a expressão de seu juízo de valor (críticas, conselhos, julgamentos) e sentimentos de desaprovação, raiva e indignação.

O acolhimento, como técnica, instrumentaliza a organização das ações e procedimentos, colaborando para avaliação de vulnerabilidade do usuário e na oferta de recursos ou alternativas para a solução dos problemas. Sendo assim, o acolhimento se diferencia da triagem, à medida que não se constitui como uma fase do processo, mas, um contínuo na trajetória de cuidado (BRASIL, 2006b, p.19). Na prática acolhedora, o profissional buscará conhecer quem é a pessoa (sua história, início do consumo, droga de escolha, padrão, formas e rituais de uso; exposição a riscos e danos sociais e à saúde, possíveis fatores de proteção nos diferentes domínios da vida); como apresenta a queixa (sintoma) e a demanda de saúde; o ponto de vista do usuário e da família; os caminhos possíveis de intervenção adequados à resolução do problema (MERHY, 1991).

Você deve estar indagando como acessar essas dimensões da vida do cidadão, não é mesmo? O diálogo, a escuta cuidadosa estabelecida no ato

do encontro sujeito-equipe constitui requisito para o profissional apreender as necessidades que nortearão a concepção do projeto terapêutico. Não esqueça que as possibilidades de intervenção incluem o seu próprio conhecimento e dos demais membros da equipe, os recursos tecnológicos disponíveis e as normas institucionais (GOLDBERG, 2001).

Aqui, é necessário lembrar que os sujeitos que buscam o serviço, trazem consigo uma pré-concepção a respeito do que as equipes esperam escutar e, frequentemente, adéquam seus discursos a esse imaginário. Dessa forma, um indivíduo, ao verbalizar o desejo de interromper o consumo de drogas, pode estar manifestando uma “vontade real”, ou utilizando-se do discurso que, em seu julgamento, a equipe gostaria de ouvir.

Apesar de a rede de atenção aos usuários de drogas estar oficialmente pautada na perspectiva psicossocial, ainda coexistem outras iniciativas baseadas em princípios moralistas e religiosos, cujos discursos, métodos e finalidade do tratamento, estão na contramão do modelo recomendado pelo Ministério da Saúde. Por esse motivo, é fundamental que os usuários saibam que, no CAPS, terão suas demandas e suas vozes acolhidas, mesmo quando digam algo que, eventualmente, a equipe não gostaria de ouvir. Por exemplo: ter a liberdade de assumir que não deseja suspender o uso de sua droga de escolha e saber que sua autonomia será preservada.

O acolhimento, como princípio de reorientação das práticas de saúde, alude um projeto institucional que deve guiar a gestão e o cuidado em saúde, funcionando como um dispositivo para efetivação do SUS, por meio de nova ética, de respeito e tolerância aos diferentes, da inclusão social e da cidadania (BRASIL, 2006b, p. 19).



Link

Você pode saber mais a respeito acessando: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humaniza-SUS.pdf.

O acolhimento não se encerra num ato, mas numa sequência de atos e encontros, por isso, é importante observar todo o percurso do usuário, desde sua chegada à porta de entrada. Habitualmente, o primeiro profissional a ter contato com o usuário é o porteiro, quem facilitará ou inibirá a possibilidade do usuário cruzar o portão do serviço. Em seguida, receberá o atendimento do profissional da recepção, cujo desdobramento será a orientação para retornar outro dia ou horário; ou o encaminhamento ao profissional escalado para o plantão de acolhimento diário. A depender da qualidade da escuta, o usuário será ou não incluído no sistema de saúde.

Ainda que o acolhimento constitua um processo que passa toda a trajetória do usuário no serviço, é indiscutível a importância do primeiro atendimento; o respeito, a relação de confiança estabelecida, o sigilo profissional firmado, a criação de condições favoráveis ao acesso ao tratamento e adesão do usuário.

No entanto, ainda notamos alguns profissionais presos a normas e procedimentos, com práticas e rotinas cristalizadas, explicitando a reprodução acrítica das intervenções. Como consequência, registra-se fragilidade na competência para a escuta e compreensão das demandas dos usuários, produzindo ações automatizadas e pouco significativas para a clientela.

Esse modo de atuação de alguns profissionais da saúde precisa ser compreendido como resultante de múltiplos fatores: os processos de trabalho; a característica da equipe; e a constituição do sujeito, sobretudo no que diz respeito ao nível de compreensão de seu papel político e da representação de si como sujeito de ação. Ressaltamos a necessidade de fortalecer os processos participativos e assimétricos, em que

todos os componentes da equipe possam ser motivados a compartilhar (de forma acolhedora, respeitosa e inclusiva) suas percepções, sugestões, angústias e demais pautas relativas ao serviço, visando o desenvolvimento da pertença e novas formas de interação.

Os desafios são grandes, mas, conforme Saraceno (2001) é preciso compreender as condições adversas de trabalho não somente como limitantes, mas como possibilidades e mais um instrumento de trabalho. Não se pode perder de vista, entretanto, que dadas às características relacionais, alguns instrumentos de trabalho na saúde mental, embora constituam ferramentas importantes, são difíceis de serem padronizadas. A escuta, a troca de afetividade, a solidariedade e a flexibilidade, por exemplo, não funcionam como “receitas” (SARACENO, 2001).

Por esse motivo, qualquer orientação para implantar ou implementar o acolhimento ou outra ferramenta de trabalho só tem viabilidade a partir da concretude de cada contexto. Incluem-se nesse caso as questões de gestão, de processo e organização do trabalho e das características da equipe, implicando na mobilização dos profissionais não como recursos humanos administrados, mas como agentes de mudança no trabalho vivo, em ato (CECCIM; MERHY, 2009).

1.5. O REGISTRO COMO FERRAMENTA DE ACESSO E VINCULAÇÃO

Os diversos instrumentos de registro (prontuários, planilha de alimentação do sistema de informação, atas de reuniões de equipe, atas das assembleias, relatos de campo, mapa de atendimento, registros das oficinas, relatórios de gestão, dentre outros) compõe um conjunto de ferramentas essenciais à produção de informações e indicadores de saúde e historicidade dos serviços. Todavia, os profissionais de saúde, geralmente vinculam a utilização de informações produzidas no serviço aos processos burocráticos de prestação de contas e elaboração de relatórios, dos quais, enviados para os níveis centrais da gestão, na maioria das vezes, não recebem o retorno, não é mesmo?

Entretanto, se considerarmos que as informações sobre o trabalho constituem instrumento de apropriação do fazer, que auxiliarão na análise da própria prática, daremos um novo significado aos registros e informações produzidas. A informação em saúde, antes de servir a outros setores ou níveis da gestão, deve ser visto como instrumento de análise da própria prática, propiciando a organização do trabalho e instrumentalizando a equipe no processo decisório, garantindo o acompanhamento dos resultados e a continuidade e coerência do cuidado. O registro, além de potente ferramenta de produção de conhecimento, constitui elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos.

O prontuário, como arquivo permanente, representa a linha temporal da evolução de cada usuário, devendo constar a ficha de acolhimento, formulário de projeto terapêutico, possíveis encaminhamentos e o registro dos atendimentos dos profissionais de acordo com as especificidades de cada abordagem. É fundamental registrar também a percepção do usuário sobre o projeto terapêutico e suas repercussões. O registro qualificado e completo de determinado profissional apoia na tomada de decisão de outro membro da equipe e determina a continuidade do cuidado. Por esse motivo, a utilidade do prontuário vai além de registros sobre a evolução do usuário e do tratamento: constitui, também, potente instrumento de comunicação entre os diversos membros da equipe envolvida com a assistência.

Por fim, o usuário, sendo o proprietário do prontuário, precisa ter clareza que toda equipe terá acesso aos registros, devendo decidir sobre a inclusão de informações consideradas sigilosas.

1.6. OUTRAS ESTRATÉGIAS DE GARANTIA AO ACESSO

A integração da equipe funciona como eixo.

Em torno desse eixo se organiza a dinâmica cotidiana de trabalho; e o acolhimento, sendo pré-requisito para concepção de projeto terapêutico centrado no usuário, constitui importante ferramenta de inclusão.

Entretanto, outras estratégias podem ser eficazes para reduzir as barreiras entre a população e os serviços, a exemplo da abordagem face a face nos locais de concentração dos usuários:

- Consultório na Rua;
- terapia comunitária;
- grupos de convivência;
- formação de multiplicadores;
- rodas de conversa;
- oficinas extramuros;
- atividades de esporte, lazer; e
- outros espaços de socialização.

Qualquer que seja a iniciativa, dentro ou fora do serviço, ela só adquire sentido na promoção do acesso, quando a prática reflete compromisso com a vida, expresso pelo respeito às diferenças e aos direitos humanos.

Nesse sentido, alguns cuidados merecem atenção especial:

- O acesso do usuário é facilitado pela flexibilidade e horizontalidade da abordagem:

Quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito. O usuário pode encontrar dificuldade em seguir “as ordens”, ter outras prioridades ou mesmo discordar das orientações da equipe. Se esta não tiver flexibilidade, quando percebe que o usuário não obedeceu às suas recomendações, é bem possível que se irrite com ele, fazendo cobranças que só fazem com que o usuário também se irrite com a equipe, num círculo vicioso que não é bom pra ninguém (BRASIL, 2009 sec1 p.27).

- Fique atento para evitar que seu conhecimento seja usado como mecanismo de poder, no encontro e na sua relação com o outro. O uso de linguagem clara e acessível, compatível com o nível educacional do usuário é condição para o diálogo e escuta ativa;

A atuação no território implica na aproximação com a violência e o tráfico, exigindo da equipe clareza dos seus limites, transparência em suas práticas, sigilo, confidencialidade, coerência entre as ações propostas e os objetivos do cuidado;

- É fundamental diferenciar o aconselhamento em saúde (escuta ativa) da prática de dar conselhos. A ação educativa pressupõe o acesso a informações sobre cuidados com a saúde e uso menos arriscado de drogas com finalidade de autonomia e auto-cuidado;
- Buscar evitar a expressão de juízo de valor, censuras e divergências, assumindo postura isenta e ética, faz grande diferença. Lembre-se que o certo ou errado é uma questão de ponto de vista e que o julgamento é responsabilidade do poder judiciário – não faz parte das atribuições dos profissionais de saúde;
- As perguntas dirigidas aos usuários, não devem extrapolar o objetivo da atenção à saúde. Tenha cuidado com a sua curiosidade, evitando especulações desnecessárias, especialmente, no que se

refere ao comércio e comerciantes de drogas e sobre possíveis vinculações com atividades do tráfico ou outras implicações do usuário com a lei;

- Cuide para não estabelecer uma relação assistencialista com a comunidade, pois não favorece a autonomia e pode provocar distorções em relação ao papel da equipe e ao objetivo do serviço;
- Lembre-se que a comunidade não tem só carências: ela também tem suas competências. É importante desconstruir a atitude de descrença para ressaltar o potencial de cada um e da comunidade.



Link

Para aprofundar os conteúdos abordados nesta unidade, você poderá acessar a biblioteca virtual do CETAD e do OBID por meio dos seguintes endereços: <http://bit.ly/Lqvv7q> e <http://www.obid.senad.gov.br/>. No site do OBID, há uma relação de links para outros sites que irão ampliar o seu conhecimento.

1.7. RESUMO DA UNIDADE

Nesta Unidade, percebemos que ainda existem muitas barreiras no ingresso dos usuários de álcool e outras drogas ao sistema de saúde, o que nos levou a problematizar a temática do acesso no cotidiano dos serviços, salientando alguns aspectos organizacionais, administrativos, profissionais e, especialmente, relacionais envolvendo respeito, vínculo e confiança entre usuários e equipe.

Destacamos ainda a importância do acolhimento, da atuação interdisciplinar, do registro sistemático e da produção de informação em saúde como instrumentos de extrema relevância na tomada de decisão, na promoção de acesso e garantia da assistência integral, centrada nos usuários.

Vimos também que contrair a responsabilidade pelo cuidado integral, numa perspectiva de clínica ampliada, exige novas habilidades e competências profissionais no campo das tecnologias assistenciais, mas especialmente nas interações entre seus membros e destes com os usuários. Fazemos com muita seriedade e desvelo.

1.8. LEITURAS COMPLEMENTARES

ARATANGY, L. R. **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas**. São Paulo: Olho D'Água, 1991.

JACOBINA, R. R.; NERY FILHO, A. **Conversando sobre drogas**. Salvador: UFBA, 1999. 127 p.

GEY, E. **Os tempos e os espaços das drogas**. In: Toxicomania: incidência clínicas e socioantropológicas. EDUFBA, 2009.

MERHY, E E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

Assista ao filme *Bicho de Sete Cabeças*, 2000. Direção: Laís Bodanzky. O filme conta a história de um jovem que é internado em um hospital psiquiátrico após seu pai descobrir um cigarro de maconha em seu casaco. Além de abordar a temática das drogas, inclui a questão dos abusos praticados por instituições psiquiátricas, como também a relação intrafamiliar.

02

Construindo e consolidando
o vínculo



UNIDADE 2 – CONSTRUINDO E CONSOLIDANDO O VÍNCULO

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- constatar os determinantes, tecnologias e estratégias para a vinculação dos usuários nas relações entre equipe-serviço-território-usuário, em seu contexto sociorelacional.

2.1. INTRODUÇÃO

Até aqui, você teve a oportunidade de refletir e problematizar questões muito importantes para a produção do cuidado ofertado às pessoas com demandas/necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: os valores e concepções que determinam nosso agir cotidiano; nossos fundamentos, princípios e diretrizes, que dão base ao trabalho; conceito de Rede e Território, abordando o papel de cada ponto de atenção de nossa rede na linha de cuidado ao usuário; e nosso arcabouço legal.

Agora que já refletimos sobre a Rede, seus pontos de atenção constitutivos, discutiremos adiante duas temáticas especialmente importantes: como garantir acesso e vincular clientela.

Trataremos aqui do grande desafio de promover o vínculo.

Vincular a clientela ao serviço é de fundamental importância para garantirmos continuidade e integralidade do cuidado.

Vamos nos debruçar sobre esta questão, buscando estar cada vez mais preparados para assumir esta responsabilidade. Para tanto, verificaremos quais estratégias e ferramentas podem nos ajudar a superar este desafio. O que ajuda? O que atrapalha?

Colocaremos à sua disposição a nossa experiência de trabalho e conhecimento acumulado, mas lembramos a você que esta é uma troca: você também traz conteúdo para o nosso encontro... Assim, é de vital importância que procure relacionar as questões aqui desenvolvidas ao cotidiano do trabalho, de modo a gerar reflexão e impacto no cuidado por você ofertado.

Mãos à obra!

2.2. CONSTRUINDO O VÍNCULO

¹ Lembremo-nos da acepção de vínculo: laço; nó; tudo que ata, liga ou aperta.

Vincular¹ a clientela. Esse é um dos maiores desafios para os trabalhadores de saúde.

Estabelecer com os usuários dos serviços uma relação de confiança e respeito que os motive a voltar a procurar a equipe, aderir e participar da proposta terapêutica, confiar nos profissionais para cuidarmos de sua saúde.

“Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa.” (CAMPOS, 2002, p.1).

De modo geral, essa não é uma tarefa fácil para nenhum dos lados e esse desafio parece ficar ainda mais difícil em se tratando de cuidar de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.

De saída, é importante lembrar que, para quase a totalidade dos casos, **os usuários, quando acessam os serviços, chegam por demandas de outros**: os pais obrigam; a esposa vai deixá-lo se não for para tratamento; o juiz determinou; vão tirar-lhe a guarda dos filhos; o patrão vai demitir; e muitos outros motivos. Ou chegam porque passaram por alguma situação extrema e ficaram mais assustados que determinados.

Quase nunca o sujeito chega para se cuidar porque concluiu que “é hora de rever suas escolhas, seus caminhos...” No discurso, falam sobre mudanças, mas, na maioria das vezes, esse desejo ainda não está instalado de verdade, ainda não faz sentido para eles. E mesmo quando chegam porque “é seu tempo de chegar”, não raro, o discurso é o mesmo, como que ofertando o que pensam que os profissionais querem ouvir deles.

Será que não estão mesmo respondendo às expectativas dos cuidadores?

Construir sentido para o usuário voltar, permanecer e perseverar nesse projeto novo que propomos a ele é fundamental.

Não é simples. O usuário é convidado a uma dança que, na verdade, ele não consegue ou não deseja dançar. Os cuidadores precisam se mostrar interessados e interessantes. É fundamental estar abertos aos mais diferentes “ritmos e estilos”, deixar claro ao usuário que se está também abertos ao seu “modo de dançar”. Que ele não precisar “ser outro” para ser cuidado.

“Se o diálogo é o encontro dos homens para “Ser Mais”, não pode fazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu quefazer já, não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril. É burocrático e fastidioso.” (FREIRE, 1987, p. 47).

2.2.1. A porta pode ser aberta em qualquer lugar

O *setting* do cuidado, o lugar onde ele se estabelece, não é necessariamente um lugar (física e objetivamente falando). **O cuidado se dá no encontro entre cuidador e pessoa a ser cuidado.** A porta que se abre para propiciar esse encontro está em diferentes lugares e condições, e muitos podem ser responsáveis por abrir esta porta: qualquer trabalhador do serviço, outro usuário, um parceiro...

Lembre-se: várias são as espacialidades do cuidado. Pode ser nos pontos de atenção da rede, em domicílio, na rua, via fone e em outras formas e lugares.

É importante ressaltar que essa porta da qual falamos aqui não é somente objetiva, concreta. Escutar, por exemplo, é uma forma de abrir a porta (ou não, se não soubermos escutar). Se o usuário percebe que não está sendo escutado de forma qualificada, não vê sentido em permanecer no serviço. No máximo, fica o suficiente para conseguir algo de seu interesse imediato e depois se vai. Não raro, quando isso acontece, a equipe deposita exclusivamente no usuário a responsabilidade pelo “fracasso” do encontro.

“Se é dizendo a palavra com que, ‘pronunciando’ o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como o caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens”. (FREIRE, 1987, p. 45)

Há uma disponibilidade para acolher e para cuidar que precisa ser ativada.

Basaglia (2005), assim como outros autores do movimento conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana, falava de um manicômio interno a todos nós, que prejudicaria a priori nossa capacidade de constituir, pelo cuidado e dialeticamente, sujeitos livres e autônomos. Por-

que nosso “jeito de ver” o outro - o louco, o usuário de drogas - estaria “contaminado” pelo modelo manicomial e tudo que ele representa nas relações interpessoais e institucionais: exclusão, isolamento, tutela, massificação, poder sobre o outro.

Segundo essa ideia, estaríamos, no nosso modo de sentir o outro, distantes do modelo de atenção psicossocial, de seus valores e princípios fundantes: liberdade, integralidade, singularidade, autonomia.

Ao se reconhecer a necessidade de superação do paradigma manicomial pela perspectiva psicossocial, é preciso reconhecer que a força deste paradigma não se aloja somente no manicômio – lugar concreto onde ocorrem práticas desumanas e desumanizadoras – ela se aloja, sobretudo, no **manicômio interno** – lugar subjetivo onde sobrevivem as representações dos sujeitos a cerca da loucura e de onde emergem posturas individuais ou coletivas que se aproximam do modo manicomial [...] A desconstrução do manicômio interno, neste sentido, deve ser tomada como ponto de partida para superação de tal paradigma e para inclusão social da pessoa portadora de doença mental. (MACHADO, 2006, p. 38-39)

Desconstruir nosso manicômio interno é imprescindível, vital. É fundamental tarefa à qual devemos nos dedicar. Um processo que iria mudando a cada um e a sociedade pois, como sabemos, o cuidado é uma relação dialética. Ou seja, o sujeito em cuidado recebe a ação do sujeito cuidador e esta o modifica de algum modo. Mas, ao mesmo tempo, o contrário também ocorre: o sujeito que cuida também se modifica pelo encontro. Por consequência, cada modo de cuidar produz sujeitos que refletem esse modo na vida concreta e vice-versa.

Vincular-se tem relação direta com confiança, segurança. O modo como vemos e sentimos os usuários é vital nesse processo de vinculação. Pois os usuários têm capacidade de perceber aqueles com quem se relacionam. Assim “percebem” a disponibilidade para o encontro com eles. Como todos, percebem quando são “desejados” ou não.

“Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.” (MERHY, 1994, p.138)

Nos dias de hoje, é difícil encontrar uma pessoa que defenda a internação de longa permanência, em hospital psiquiátrico, o modelo asilar, como a forma mais adequada que cuidar dos doentes mentais. O mesmo não se pode afirmar quando o assunto é o uso de drogas. Rapidamente, são propostas intervenções que tem a ver com internação, controle, isolamento e tutela.

2 Termo usado por Freud que trata da excessiva necessidade do analista curar seu paciente sem dar ouvidos ao que ele quer.

Quando profissionais e usuários se encontram, todas essas questões estão presentes: diferenças entre os dois grupos; as habilidades dos trabalhadores, como prescritores; seu **furor curandis**²; a tendência a propor ações e estratégias que vão, inclusive, na contramão da reforma.

Sem dúvida, para o encontro que o trabalho impõe, os profissionais trazem toda sua “bagagem” de vida. Como os usuários, trazem para esse encontro seus valores, crenças, saberes, conceitos, pré-conceitos, interesses, temores... tudo. Se isso for ignorado, certamente fracassarão em promover um encontro que produza a aproximação necessária para se garantir vínculo e conseqüente cuidado efetivo.

É necessário estar atento às semelhanças e diferenças entre usuários e trabalhadores para que fique mais fácil estabelecer limites, papéis, tarefas, fragilidades e potências e, deste modo, construir sentido para o cuidado.

Refleta um pouco sobre a colocação a seguir:



Reflexão

Poucas coisas são mais irritantes para nós que alguém nos dizendo que estamos errados, que não fizemos a escolha certa, em outras palavras, que não sabemos viver. Como é do conhecimento de todos, não é qualquer um que está “autorizado” por nós a fazê-lo. Somente aqueles de quem gostamos, que sentimos que gostam de nós, que têm intimidade conosco ou ocupam papéis sociais específicos recebem este consentimento.

Os trabalhadores da saúde, são parte do grupo que recebe, por seu papel social, autorização para assumir essa tarefa. Foram formados para dizer aos outros o que devem fazer com suas vidas. E são exímios prescritores.

- “Coma isso”!
- “Não coma aquilo”!
- “Caminhe”!
- “Tome a medicação do modo que foi prescrito”!
- “Não fume”!

É importante tomar muito cuidado com esse mandato social que lhes é conferido. Nem sempre sua atitude é sentida como cuidado ou proteção. Muitas vezes, a mensagem que passa aos usuários é que os querem outros, que eles não sabem viver, não sabem escolher, não são adequados.



Reflexão

Será que isso é por conta da pouca habilidade em se fazer entender? Ou será que os querem outros mesmo? Será que ficaram arrogantes e acham que têm a receita do bem viver? Esperemos que não.

As equipes de saúde lidam com pessoas que usam drogas, muitas vezes ilegais. Pessoas que, não raro, estão desempregadas, com laços afetivos e sociais rompidos ou muito abalados, clinicamente doentes, mal cuidadas, com problemas com a lei... enfim....pessoas que dificilmente adentrariam à categoria dos “cidadãos bem sucedidos”.

Quanto aos trabalhadores da saúde, aparentemente (é bom que se diga!), estão no extremo oposto. Têm trabalho, família, amigos, são adequados, estão bem...

Os trabalhadores e usuários estão, aparentemente, em situação tão distinta uns dos outros, o que torna a aproximação e a vinculação difíceis.



Reflexão

Será que esses dois grupos são assim tão diferentes? Que pessoa (figure ela em qualquer dos grupos em questão) não faz (ou fez) escolhas das quais não se orgulha ou (mesmo querendo) não consegue abandonar? Quantos já fizeram “loucuras” em função de seus desejos ou impulsos?

Certamente, buscar o que aproxima ajuda a superar o que distancia.

“Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens” (FREIRE, 1987, p. 45).

“Não há, por outro lado, diálogo, se não há humildade”, (FREIRE, 1987, p. 46).

É preciso transpor o abismo, minimizar a distância.
O desafio é promover o cuidado possível para pessoa em cuidado.

2.2.2. Conhecendo o usuário

Pois bem, após atentarmos para questões que são fundamentais na relação com a clientela, vamos abordar mais algumas questões significativas para o processo de vinculação da mesma.

A porta foi aberta, o cliente entrou em qualquer ponto do Sistema.

Depois que o acesso foi garantido, o desafio é “manter o cliente”, vinculá-lo ao serviço. Veja que falamos em vincular “ao serviço” e não a você. É necessário lembrar que o cuidado deve ser garantido com ou sem sua presença. Se você se vincula bem ao usuário, “empreste” seu vínculo a outro colega da equipe. Quanto mais portas abertas, melhor. Quanto mais profissionais vinculados ao cliente, melhor.

Nesse raciocínio, podemos também concluir que uma pergunta muito importante para se aproximar e conhecer melhor o cliente é:

“Quem já conhece?”

Alguém dessa equipe, ou de outra, já o conhece? Ele já é usuário de algum Ponto de Atenção da Rede de Saúde ou outra rede parceira?

Ou seja, você também pode receber de alguém a “autorização” para se constituir cuidador daquele sujeito. Alguém pode “emprestar” vínculo a você. Além, é lógico, de muitas informações preciosas que você pode coletar destes parceiros.

No trabalho em saúde, a rede é sempre indispensável. É importante lembrar que tudo que sabemos do usuário é o que ele ou quem o conhece nos conta. Assim, é fundamental qualificarmos nossa escuta.

Vamos em frente!

Se a tarefa é construir propostas com os usuários, propostas que tem a ver com intervenções diretas em suas vidas pessoais e que, portanto, precisam fazer sentido a ponto de levá-los a investir nisso, é preciso conhecê-los bem. É preciso acolhê-los bem. E acolhimento tem a ver com aquela disponibilidade para cuidar da qual já falamos, não é apenas um momento institucional, não é apenas aquele primeiro encontro, como você já viu na unidade anterior.

Acolhimento diz respeito a estar pronto para receber o usuário e suas demandas, estar disposto e motivado para cuidar. Estar disposto ao encontro com o usuário como ele é e com o que ele traz. Não com o que se espera ou se deseja que ele seja ou traga. O encontro não precisa ser sempre agradável. Mas, para que seja rico, libertário, é fundamental que seja verdadeiro.

É como homens que os oprimidos têm que lutar e não como “coisas”. É precisamente porque reduzidos a quase “coisas”, na relação de opressão em que estão, que se encontram destruídos. Para reconstruir-se é importante que ultrapassem o estado de quase “coisas”. Não podem comparecer à luta como quase “coisas” para depois ser homens. É radical esta exigência. A ultrapassagem deste estado, em que se destroem, para o de homens, em que se reconstroem, não é “a posteriori”. A luta por esta reconstrução começa no auto-reconhecimento de homens destruídos (FREIRE, 1987, p. 31).

Some à “bagagem” que você já traz de sua experiência de trabalho algumas informações que ajudam nesta aproximação:

- Saber como ele chegou até ao serviço.
- Conhecer seu território existencial.
- Saber onde, como e com quem ele vive. Quem compõe sua rede afetiva.
- Como consegue dinheiro.
- Onde, como e com quem usa drogas.
- Onde e em que condições fica mais protegido ou mais vulnerável.
- Perguntar o que ele espera da equipe. O que ele quer da equipe.
- Ficar atento para os fatores que denunciem gravidade (clínica e psicossocial). Avaliar e atuar sobre esta gravidade num tempo adequado.
- Estabelecer encontros sistemáticos para ofertar escuta qualificada.
- Identificar quem pode ajudar a cuidar (familiar, amigo, outro profissional etc.)

Outra questão importante nessa aproximação para conhecer os usuários é estar realmente disposto a fazê-lo.



Reflexão

Como estar realmente disponível para conhecer o usuário, se já se pensa saber tudo sobre ele?

É comum no trabalho com pessoas com necessidades/demandas decorrentes do consumo de drogas rotular os usuários, assim como standardizar/padronizar o cuidado ofertado. Como se a conduta já tivesse sido tomada antes mesmo de conhecê-los.

Nesse campo, é muito comum ouvir, inclusive por parte de profissionais, afirmações tais como: “Usuário de drogas é assim...” / “Usuário de drogas age assim...” / “Usuário de drogas não consegue isso ou aquilo...” / “Usuário de drogas é manipulador, não banca contrato...” / “Usuário de drogas precisa de limites...”.

Cuidado, evite esta que chamamos de Clínica do “eu já te conheço”!

AQUI, SINGULARIDADE É A ALMA DO NEGÓCIO!

3 Esse tema merece uma ressalva. Muitas vezes, os trabalhadores de saúde se deparam com um clássico dilema: há mais demanda que oferta de cuidado. Aí se instala um importante desafio: escolher a quem priorizar. No que diz respeito à Saúde Mental Pública, especialmente com relação ao trabalho desenvolvido nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, a gravidade é o grande ponto de distinção: o mais grave primeiro. Foi para atender a clientela mais grave que o CAPS foi criado (BRASIL, 2004c).

Falamos sobre **gravidade**³. Quais seriam os indicadores de gravidade na clínica da reabilitação psicossocial? Onde se situa prioritariamente a oferta às pessoas com demandas/necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas?

Fatores que devem ser considerados para definir gravidade:

- Ocorrência de severos agravos clínicos gerais e psiquiátricos.
- Prejuízos biopsíquicos decorrentes do uso de drogas.
- Prejuízos importantes no patamar de autonomia que, inclusive, comprometa sua capacidade de pactuar vida cotidiana.
- Prejuízos decorrentes de internações psiquiátricas numerosas e prolongadas.
- Estreitamento importante de Rede Social e Afetiva.

- Prejuízos na estrutura de suporte existencial (moradia, emprego etc.).
- Dependência severa.
- Alta vulnerabilidade e risco relacionados à vivência em atividades ilegais.
- Problemas com a Lei.
- Gestação (especialmente para adolescentes).



Saiba Mais

Não deixe de fazer a leitura de Treatnet:
UNODC. International Network of Drug Dependence - Treatment and Rehabilitation Resource Centres - Good practice document. Community Based Treatment - Good Practice – Viena – 2008. United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. Capítulos IV – p. 65. Disponível em: < <http://bit.ly/1d9opDr> >.

O usuário, como o profissional que deve cuidar dele, é um sujeito social, não se constitui ou vive completamente isolado. É o resultado da mistura de seus atributos biológicos e psíquicos, de sua história de vida e da cultura onde se desenvolveu.

Vincular o usuário é processo que tem relação direta com a capacidade que se tem de compreendê-lo.

Ele vive num determinado momento histórico, em determinado contexto existencial, se relaciona com outras pessoas e traz consigo desejos, medos, instintos, interesses...

E não somos todos assim? Todos não queremos coisas, não temos nossos interesses diversos?

Lembre-se: somos seres sociais. Determinados histórica, biológica, subjetiva e culturalmente. Vivendo em determinado momento histórico, em determinado contexto, em relação a outras pessoas, portando interesses, desejos, medos, instintos... Somos seres desejantes!!!

É considerando todos estes fatores determinantes que os trabalhadores da saúde, precisam aprender a ser negociadores mais efetivos, mais competentes.

Nesse processo de aproximação e conhecimento do usuário, vai se identificando seus interesses, o que o mobiliza a agir ou não, o que é importante para ele. Quanto mais a equipe o conhece, mais está apta a construir com esse sujeito seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para tanto, é fundamental estabelecer e sustentar espaços para conversar, trocar.

Sem o encontro, não há troca.

É no encontro que temos a oportunidade de conhecer o outro.

É necessário ter paciência, ouvir atentamente o que ele conta, observar, ser respeitoso, ser flexível e estar atento para as mudanças interessantes e necessárias ao processo.

Da mesma forma, há duas habilidades que são muito úteis para promover vínculo: **alteridade e empatia**⁴. É imprescindível considerar o outro em sua singularidade, seu comum e seu diferente, e desenvolver a capacidade de se colocar em seu lugar ao assumir a tarefa de cuidar.



Boa Prática

As propostas que são feitas aos usuários precisam ser modestas. Melhor ir devagar, se aproximar e o conhecer primeiro. Quanto mais conhecermos os limites e potências dos usuários mais teremos chances de propor ações que façam sentido e sejam viáveis, factíveis.

2.2.3. Flexibilidade no cuidado, ferramenta fundamental

Certamente, uma das questões que mais atrapalham a vinculação é a **rigidez institucional**. É preciso garantir a **flexibilidade ou plasticidade na oferta do cuidado**. E como isso se traduz na vida cotidiana? Vejamos alguns exemplos:

- Flexibilidade com horários. O serviço precisa se adaptar mais às possibilidades dos usuários que o contrário.
- As atividades precisam ser organizadas de acordo com o perfil da clientela que está frequentando o serviço no período. Não deve haver standardização/padronização do cuidado.
- A flexibilidade não pode se ater somente aos horários ou modalidades de oferta de cuidado.

4 ALTERIDADE: A palavra alteridade, que possui o prefixo alter do latim, diz sobre a capacidade de se colocar no lugar do outro na relação interpessoal, com consideração, valorização e identificação no diálogo com o outro. A prática da alteridade conduz da diferença à soma nas relações interpessoais entre os seres humanos revestidos de cidadania. Pela relação alteritária, é possível exercer a cidadania e estabelecer uma relação pacífica e construtiva com os diferentes, na medida em que se identifique, entenda e aprenda a aprender com o contrário.

EMPATIA: a palavra empatia tem a sua origem na linguagem grega, empatheia, que significa tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa.

- Todo o processo de trabalho precisa ser passível de alteração em função da singularidade de cada cliente.
- É importante escolher bem o patamar de exigência das estratégias e tecnologias de cuidado utilizadas. Uso de estratégias de alta exigência - como exigência de abstinência para frequentar o serviço, rigor com relação a horário de chegada e saída, restrições quanto à linguagem, exigência de participação da família, imposição de abstinência ao tabaco nos momentos em que está no serviço, entre outras. Essas exigências não consistem somente em uma barreira de acesso - elas certamente dificultam a vinculação da clientela.

Uma usuária chega ao serviço com o seguinte discurso:

- “Estou usando muita droga. Crack e álcool”.
- “Estou me prostituindo para comprar minha droga! Passo a noite toda fazendo programa e usando crack. Estou cansada desta vida! Não suporto mais os clientes e me sinto doente. Acho que é muito difícil, mas, quero parar! Me ajuda!”

Então, a profissional que a está atendendo propõe:

- “Ótimo que você quer parar! Isso que você está fazendo é muito ruim para você. Volte amanhã, às 9 horas da manhã para a oficina de origami e, depois, às 10 horas, você entra para o grupo terapêutico de mulheres!”.

A usuária diz: - “Só tem de manhã cedo?”.

A trabalhadora responde: - “Sim. Só tem de manhã. Pensei ter ouvido que você queria se tratar...queria parar...”

Diante do caso acima descrito, pense:



Reflexão

Você acha que a usuária se sentiu acolhida? Pressionada? O julgamento moral “atravessou” a relação de cuidado? Você acha que a usuária vai retornar no dia seguinte? O que você mudaria na condução deste caso?

Outra questão recorrente é o manejo do consumo do tabaco, para usuários dos serviços.

Atente para o fato de que é importante problematizar o consumo de tabaco junto ao usuário, motivá-lo a deixar de fumar e ofertar informação e suporte. Todavia, isso deve ser feito sem imposição, no “tempo do usuário”. A rigidez com relação ao consumo do tabaco se traduz na proibição de seu consumo durante o tempo que o usuário está no serviço - e não somente nas dependências do serviço. Ou seja, a não autorização para fumar, nem mesmo fora do prédio ou em área aberta, é fator importante para a não adesão dos usuários. Os usuários costumam dizer: “No momento, já é muito difícil parar de usar o álcool ou o crack...nem pensar em tirar o cigarro agora... não vim aqui para isso”. Isso quando falam, pois, na maioria das vezes, simplesmente não voltam.

Lembre-se que, quando o usuário está chegando, no início da relação usuário-serviço, quando a vinculação ou não existe ainda ou é muito frágil, quando o grande esforço é construir sentido para que ele volte e permaneça, é preciso “ir devagar”, com paciência e persistência. O que se vê, é que quando ele está mais organizado, ampliou repertório existencial, já maneja melhor o uso de outras drogas e já está mais fortemente vinculado ao serviço, está mais disposto e fortalecido para pensar sobre o uso do tabaco. Assim, é importante manter a motivação e a oferta (grupos de suporte, material de apoio, acompanhamento, medicação etc.) para que “no seu tempo” o usuário a acesse.

2.3. CONSOLIDANDO O VÍNCULO

É no processo de cuidar que consolidamos o vínculo, no decorrer do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário.

E quando falamos de Projeto Terapêutico Singular é fundamental ressaltar que não se trata somente da agenda do usuário no serviço. **Projeto Terapêutico Singular é projeto de vida.** É ambicioso. Mas, é processo. É hoje. Não se trata necessariamente do longo prazo. É preciso pactuar objetivos maiores, é lógico. Mas é no “miúdo” do cotidiano que vamos construindo este projeto.

E ele é vivo, ou seja, muda como muda a vida.

Neste processo, algumas questões são muito importantes:

- Aproximação respeitosa, fazer a intervenção possível para o usuário em cuidado, naquele momento.
- Primar pela singularidade.
- Estar aberto a conhecer, “mergulhar” no outro, estar disponível.
- Construir sentido.
- Trocar, negociar, pactuar.
- Apontar, reafirmar, estimular potências.
- Identificar e trabalhar para minimizar e superar fragilidades.
- Evitar vigorosamente atitudes constrangedoras ou de julgamento moral.
- Identificar questões importantes para o usuário: interesses; sonhos; medos; desejos; entre outros.
- Agir com responsabilidade.

- Trabalhar cidadania. Inclusive com relação ao uso de drogas.
- Reafirmar e defender de modo incontestado os Direitos Humanos.
- Evitar a expectativa opressiva de que o cliente “tem que mudar”. Tem que “se transformar”. Tem que se adequar à expectativa que outros, inclusive os profissionais de saúde, têm dele.
- Celebrar os avanços alcançados.
- Superar concepções mitológicas ou deterministas (mãe deve ser assim... mulher não pode isso ou aquilo...homem não pode isso ou aquilo...).
- Envolver outros atores no processo.
- Agir com coerência. Qual é mesmo o problema? É ele estar usando drogas ou fazendo isso de modo a se colocar em situações de maior risco?

Um Projeto Terapêutico Singular (PTS) bem desenvolvido é fundamental para vinculação do usuário. Quando ele sente que está sendo ouvido em seus interesses e demandas, sendo cuidado do jeito que é e não alvo de julgamento ou “transformação”, o trabalho passa a fazer sentido para ele e, conseqüentemente, aumentam vigorosamente as chances dele se vincular ao serviço, aderir ao processo de cuidar. Para que isso possa acontecer, é indispensável a participação protagonista do usuário na construção e desenvolvimento do PTS.

Para o desenvolvimento do PTS, uma recomendação importante: não centralize o cuidado na droga ou no diagnóstico. O centro é o sujeito, sua vida, seu sofrimento, sua capacidade de superação.

“É necessário focar este doente de modo que coloque entre parênteses sua doença e o modo pelo qual ela foi classificada, para considerar o doente em seu desdobrar-se em modalidades humanas que – justamente enquanto tais – nos pareçam abordáveis” (BASAGLIA, 2005, p.36).

Outra questão importante para a consolidação do vínculo usuário-serviço é lembrar que é preciso cuidar também do vínculo usuário-usuário. Em situações de alta vulnerabilidade, a pertença grupal é vigorosamente protetiva. Vejamos um exemplo de situação:

Uma situação de agitação (sugestiva de comportamento violento) de um usuário, no espaço de convivência do serviço. Antes de simplesmente “aplicar a sanção, prevista nas regras do serviço” consideramos importante: intervir imediatamente no sentido de interromper a cena, inclusive para evitar que os próprios usuários manejem a situação - o que, não raro, amplia o conflito; retirar o usuário para um espaço mais protegido e tranquilo (se certificando que os outros não ficarão sozinhos com os “efeitos da cena”); em local mais apropriado, buscar tranquilizar o usuário e, no tempo que for adequado para sua situação, entender o que está acontecendo; manejar seu comportamento, seja conversando sobre o ocorrido naquele momento, seja indicando que ele “vá para casa” e retorne para uma conversa o mais breve possível.

É igualmente importante problematizar imediatamente o ocorrido no espaço coletivo, cuidando-o e preparando o grupo para, assim que possível, retomar a discussão do que ocorreu, com a presença do usuário que “agitou”, para que este possa começar “refazer” sua relação com o grupo.



Reflexão

São muitas tarefas e responsabilidades.

Você já deve ter percebido que não dá para realizar tudo sozinho, não é mesmo?

2.3.1. É preciso trabalhar em equipe para vincular a clientela

Como dissemos anteriormente, o objetivo não é vincular o usuário ao profissional e, sim, ao serviço. Tanto para garantirmos que isso aconteça, como para possibilitarmos maior riqueza no processo de cuidar, é fundamental que haja um consistente **trabalho em equipe**.

Quanto mais pessoas, saberes e ferramentas se puserem a serviço do cuidado, melhor. Uma equipe forte e coesa promove cuidado mais consistente, plural e integral.



Reflexão

Pense bem, nesta nossa clínica é preciso muita flexibilidade e plasticidade. Muitas vezes, quando precisamos ser um pouco mais flexíveis, precisamos tirar um pé do chão, não é?

Nessas horas, é fundamental ter em quem se apoiar.

Apoie-se em seu grupo, em sua equipe!

Sobre trabalho em equipe, algumas questões me parecem de grande relevância:

- Registre adequadamente suas ações e pactuações junto ao usuário para que outros membros da equipe acessem essas informações e possam contribuir com o PTS. É grande o valor que os instrumentos e dispositivos de registro (livros de equipe, prontuários etc.) têm para sustentação do trabalho e consequente vinculação da clientela. Estes sustentam importante parte da comunicação da equipe.

- Adote postura ética adequada. Por exemplo: Não fale coisas desagradáveis sobre seus colegas em presença do usuário, evitando gerar sensação de insegurança para ele ou ofertar motivo para futuras situações constrangedoras.
- Discuta o caso. Comunique. Fale. Escute. Busque parceria para desenvolver o PTS. Traga para o campo do cuidado conhecimentos, ferramentas e estratégias de outros núcleos de saber.
- Use linguagem acessível, de modo a garantir mais ampla participação de todos da equipe.
- Evite concentração de responsabilidades.
- Evite atitude de “posse do usuário”, partilhe a responsabilidade do cuidar.
- Autorize seus colegas junto ao usuário.
- Conheça melhor o trabalho de seus colegas.
- Se algo ficou mal resolvido, converse, esclareça.

O trabalho em equipe interdisciplinar é imprescindível para a clínica de reabilitação psicossocial. Para tanto, a equipe deve contar com seus próprios Espaços Coletivos Institucionais, para que possa se constituir e fortalecer. Nesse processo, a gestão é fundamental. Tanto para sustentar esses espaços coletivos, como ofertar ferramentas e para garantir a sustentação do que for pactuado em equipe, até que a própria equipe decida rever posição.

A equipe precisa ser coesa.

Para desenvolvermos bem todas estas responsabilidades, é necessário se comunicar, não é mesmo?



Link

Para melhor se comunicar e desenvolver o seu trabalho com qualidade, você vai precisar de informação. Acesse esta publicação, que se destina a informar aos profissionais de saúde, gestores do SUS, sobre o que são e para que servem os serviços de saúde mental, chamados Centros de Atenção Psicossocial: Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial – DF, 2004. Disponível em: < <http://bit.ly/1iNkjm2>>.

2.3.2. A comunicação como ferramenta indispensável no processo de vinculação da clientela

Comunicação implica a tríade: emissor-mensagem-receptor, mas este não é um caminho “livre”, sem obstáculos ou ruídos. É importante se comunicar de maneira clara e precisa, buscar confirmar com o outro se ele entendeu a mensagem, de modo a produzir confiança e respeito.

Muitas coisas podem ajudar ou atrapalhar a comunicação:

- A linguagem utilizada. Se utilizamos uma linguagem que o usuário (ou o colega) não compreende, a mensagem subliminar é: “não interessa o que digo, nem se concorda, obedeça e pronto”!
- O tom de voz. Este tem o poder de prender atenção da pessoa ou de fazê-la levantar-se e sair.
- A postura, atitude e gestos adotados. Já ouviu a expressão “O corpo fala”?* Fala mesmo. E denuncia nossa disponibilidade, estado de espírito, discordância, sentimentos etc. É preciso atentar para o que nosso corpo quer falar, assim como o colega de trabalho ou o do usuário. É muito importante atentar para as mensagens subliminares na atitude do outro: postura, expressão facial, irritabilidade, medo etc.



Saiba Mais

Recomendamos a leitura de “O Corpo Fala”, de Pierre Weil e Roland Tompakov, editado pela Vozes, 2001.

Evite vigorosamente atitude arrogante, de reprimenda. Lembre-se que não estamos lá para “puxar a orelha” do usuário. Estamos para ponderar com ele, ofertar apoio, ofertar cuidado, ofertar informações e ferramentas. A escolha é dele. Também, é fundamental atentar para o fato de que você pode se enganar ao “ler” as atitudes do outro e até interpretar o que ele diz. Não interprete, esclareça. Da mesma forma, não presuma que seus colegas ou usuários vão compreender as mensagens verbais ou não verbais que você emitiu. Se for importante, confirme se a pessoa entendeu. A dificuldade de ouvir e escutar é de todos. Especialmente quando ouvimos algo com o qual não concordamos.



Link

Praticamente 90% do tempo em que estamos “ouvindo” estamos, na verdade, formulando nossa resposta ao que está sendo dito. Precisamos qualificar nossa escuta. Para saber mais sobre essa questão leia o artigo de Liz Bittaz: *Comunicar e ouvir*. RH.com.br, 2008. Disponível em: <http://bit.ly/1b8YBui>.

Uma habilidade preciosa para cuidar de pessoas é articular oportunidade e conteúdo. Esperar o momento certo é muito importante. Há questões que não devem ser abordadas até que o lugar, o momento ou a relação permitam e o cliente esteja preparado a fazê-lo. Essa habilidade somente pode ser alcançada quando aprimorar-se outra: ouvir. Mas é preciso fazer escuta qualificada. Demonstrar disponibilidade e interesse.



Reflexão

Você não percebe quando fala com alguém que, de fato, não está disponível para ouvi-lo? Então... você não é exceção.

Algumas vezes, é mais adequado, respeitoso e efetivo dizer “Não posso lhe atender agora. Vamos combinar para outro momento?”. Mas é fundamental que se garanta a agenda para quando combinado, pois normalmente, o cotidiano do trabalho faz com que o “o momento nunca chegue”. Nesses casos, não raro, o usuário “cava a agenda” numa situação de tensão e desequilíbrio, que seria evitada, se demonstrado devido respeito por sua demanda.

Mas não é só o corpo que fala... o ambiente também revela muito de nós.

2.3.3. A ambiência como fator fundamental de vinculação

Outra questão bastante relevante a ser considerada quando o assunto é vinculação da clientela é a **ambiência** dos serviços, da mesma forma que o é para garantir acesso, como visto em unidade anterior.

Muitas vezes a equipe não atenta para as mensagens subliminares que o ambiente passa aos usuários.

Ambientes sujos, descuidados, confusos emitem mensagem de des-caso e desleixo, como que dizendo que o usuário não é importante o bastante para “arrumarmos a casa” para recebê-lo. Da mesma forma, muitas portas trancadas, grades, muitos cadeados sinalizam desconfiança, expectativas negativas em relação à clientela. Isso não significa que não deva haver locais adequados e seguros para guardar objetos de maior valor, os pertences dos trabalhadores ou outras coisas como medicações, aparelhos médico-hospitalares etc. Mas, observe como é muito comum que até salas que só têm armários fechados, mesas e cadeiras fiquem trancadas. Por quê?

A experiência tem demonstrado que refletir e avaliar o trabalho, em equipe, com tranquilidade e franqueza, com a participação dos usuários, contribui para vinculação do usuário e, inclusive, para melhorar ambiência e fortalecer uma cultura de construção coletiva.



Reflexão

Já reparou que muitas vezes, fazemos coisas por pura repetição, sem nos perguntarmos o porquê?

Semelhante é a questão da existência muito ostensiva de profissionais da área de segurança, especialmente guardas armados ou adotando atitudes inadequadas e intimidantes.



Reflexão

Que tipo de relação o serviço teria com seus usuários e a comunidade em geral para que precisasse de guardas armados? Armas traduzem realmente segurança?

Não é muito frequente que encontremos na recepção dos serviços cartazes ou placas que celebrem a chegada do usuário, do tipo: “Bem Vindos”; “Ficamos felizes por recebê-los”; “Que bom que nos procurou”. Todavia, é quase infalível a presença, em local de destaque, da desagradável mensagem: “Desacatar funcionário público é crime passível de pena, prevista no artigo....”

A regra, a norma, deve ser produto da pactuação. Frequentemente, temos o excesso de cartazes proibitivos ou mencionando sanções ou punições. A relação deve estar pautada na pactuação incansável, na construção mútua de sentido e, não, centralizada na norma, na regra, na sanção.



Reflexão

Que significa isso? Que esperamos dos usuários? Que esperamos de nosso encontro? Queremos mesmo nos vincular com estas pessoas?

Igualmente, não é recomendável a exposição de cartazes do tipo “guerra às drogas”, pois, para muitos usuários, a mensagem é traduzida como uma “guerra a eles”, que não escolhem caminhos adequados para seu bem viver. O serviço público é instância e não parte. Nesse serviço, devem “caber” todos. É o espaço da sustentação das diferenças, buscando garantir acesso universal. Assim, melhor ofertar mensagens a favor da vida que contra o que quer que seja.

E ambientes escuros, lúgubres, sem luz e cor?



Reflexão

Será que nos remetem ao tema “cuidado”? Ou “proteção”? Vamos nos perguntar: Quando o ambiente é escuro, feio, temos vontade de voltar àquele lugar?

Como sabemos, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial é muito comum ocorrência de oficinas de arte e pintura. Onde estão os produtos dessas oficinas que não estão expostos nos ambientes dos serviços? Do ponto de vista terapêutico, não é recomendável que o usuário partilhe o produto de sua expressão, quando assim o desejar?

Por último, atente para o fato de que um serviço cuja ambiência expressa muita preocupação em estabelecer a distinção/separação entre trabalhadores e usuários pode estar falhando vigorosamente em sua tarefa de gerar a aproximação imprescindível para o estabelecimento do processo de cuidar.



Reflexão

Por que precisamos de ambientes separados para comer, descansar, conversar...?

A experiência mostra, por exemplo, que comer juntos aproxima/vincula as pessoas. A comida é excelente objeto intermediário nas relações.

A dura guerra contra as instituições descontaminadas, inúteis ou nocivas, fruto do higienismo médico tradicional, implica que a instituição inventada, que faz reviver a riqueza do objeto pobre, seja feita de “atravessar”. Teremos, para isso, necessidade – para uma prática terapêutica – de artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, de inventores de vida, de jovens, de trabalho, festas, jogos, palavras, espaços, máquinas, recursos, talentos, sujeitos plurais e o encontro de tudo isso. (ROTELLI, F. 1990).

Enfim, os serviços devem primar pela troca, pela convivência. É importante nos ocuparmos todos os dias de “reinventar” a Instituição Inventada (ROTELLI, F.1990), para que esta, ainda que (e necessariamente) “provisória”, possibilite a construção dos imprescindíveis “mercados de troca”, “laboratórios”, onde sentidos sejam construídos e sujeitos sejam emancipados.

2.4. RESUMO DA UNIDADE

Nesta unidade trabalhamos questões que pensamos relevantes quando a tarefa é vincular a clientela – desde o conceito de vínculo até a comunicação e a ambiência como ferramentas de vinculação. Nesse percurso, problematizamos “o que ajuda e o que atrapalha” o processo de vinculação da clientela, como a importância de conhecer o usuário, o que temos de conflituoso e em comum com eles, a necessária flexibilidade para cuidar adequadamente, fatores determinantes do comportamento e a constituição da equipe no decorrer deste desafio.

2.5. LEITURAS COMPLEMENTARES

CAVALHERI, S. C. Transformação do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 63, n. 1, p. 51-57. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2014

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.9 n. 2. p. 48-55. mar./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2014

NICACIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de portas abertas: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R.. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. 1. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008. v. 1.

SOUZA, Jessé. **A Ralé Brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

ENCERRAMENTO DO MÓDULO

Esperamos ter contribuído concretamente para o aprimoramento de sua atuação profissional e, por consequência, para ampliar sua capacidade de, trabalhando em equipe, vincular sua clientela.

No próximo módulo, você terá a oportunidade de aprofundar questões referentes ao processo de trabalho nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Bom trabalho!

Fátima Büchele

Denis Petuco.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD, G. (org.) **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O Cuidado em Saúde Mental. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2004. p. 221-240.

BASAGLIA, F. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sócio-psiquiátrica. In: **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

BITTAR, Liz. **Comunicar e ouvir**. RH.com.br, 2008. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Comunicacao/Artigo/5130/comunicar-e-ouvir.html>>. Acesso em: 04 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH: **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial** – Brasília, DF. 2004c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf> Acesso em: 27 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS - Cartilha da PNH - material de apoio** - Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização- Brasília-DF 2006.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – PNH. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: 2009. 64 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS – os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, pg. 17-8, 2004a.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos da aids**. Brasília: Edit. Universidade de Brasília, 1996.

CAMPOS, G. W. S. **Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família**: A construção de vínculo, o responsabilizar-se pela saúde da população de uma microrregião, e o encarregar-se de casos singulares. São Paulo – nov. 2002 p.01

CARNEIRO, H. **Filtros, mezinhas e triacas**: as drogas no mundo moderno. São Paulo: Ed. Xamã, 1994, p. 157.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. **Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, supl.1, pg.531-42, 2009.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata**: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa. Estratto da: Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria. Ruoli, Metodi, Strutture e Validazioni Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, 8-9-10 Novembre 1990. Forte Spagnolo – L'Aquila.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. P 31-47.

GOLDBERG, J. Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2ª ed. HUCITEC. São Paulo: 2001. Cap. 1, p.33-47.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. Dissertação de Mestrado, programa de pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Brasília, 2006.

MARLATT, G.A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Editora Artmed; 1999.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: **Inventando a mudança na saúde** (L. C. O. Cecílio, org.), São Paulo: Editora HUCITEC,1994.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. & NOGUEIRA FILHO, R. C. 1991. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida**: contribuição para as conferências de saúde. Saúde em Debate, 33:83-89.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol.22. n. 5. Mai. 2006.

ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada – In: **Desinstitucionalização** – NICÁCIO, Fernanda (Org.). Coleção Saúde em Debate - Editora Hucitec, 1990.

SARACENO, B. As variáveis reais: sujeitos, contextos, serviços, recursos. In:_____. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.2ª ed. Te Corá Editora. Rio de Janeiro: 2001. Cap. 4, p. 77-107.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo. v.9, n.1, p.26-31,1998.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Treatnet**: International Network of Drug Dependence - Treatment and Rehabilitation Resource Centres - Good practice document - Community Based Treatment - Good Practice – Viena – Capítulos IV – 2008. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_AB_24_01_09_accepted.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2014.

WEIL, Pierre; TOMPAKOW, Roland. **O corpo fala** - Ed. Vozes, 2001.

MINICURRÍCULO

Fátima Büchele (Organizadora)

Professora Associada do Departamento de Saúde Pública - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Linhas de Pesquisa concentrada em Saúde Mental, Dependência Química e suas Representações Sociais.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0874055040130351>.

Dênis Roberto da Silva Petuco (Organizador)

Cientista social pela UFRGS (2007) com TCC sobre precarização do trabalho em saúde, Mestre em Educação pela UFPB (2011) com dissertação sobre uso de imagens em campanhas de prevenção ao crack, Doutorando no Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora, investigando o lugar da Redução de Danos na constituição de um campo político-reflexivo em torno do tema das drogas, e a dimensão política em fugas e motins organizados em instituições para internação de pessoas que usam drogas. Atualmente, é consultor autônomo sobre políticas públicas e cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas. Áreas de interesse: Drogas, Políticas de Drogas, Redução de Danos, Educação e Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Direitos Humanos.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/1222291676018469>.

Lilia Araújo (Autora Unidade 1)

Bacharel em Ciências Sociais, pela Universidade Federal da Bahia; Sanitarista, pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; Especialista (em formação) em Atenção Integral aos consumos e aos consumidores de álcool e outras drogas, pelo Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas; Formação em Terapia Integrativa Comunitária; Supervisora de Projetos Consultório de Rua; Coordenadora das ações de Formação Permanente e Desenvolvimento Técnico em Redução de Danos na Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti- ARD-FC/Faculdade de Medicina da Bahia-UFBA.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/2561017149145448>.

Marco Manso Cerqueira Silva (Autor Unidade 1)

Licenciado em Filosofia, pela Faculdade Batista Brasileira; Especialista em Atenção Integral ao consumo e aos consumidores de álcool e outras drogas, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA; Conselheiro do CONEN-BA; Coordenador da equipe de Atenção à População de Riscos Acrescidos da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti – ARD-FC/FMB-UFBA

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/2842980228103757>.

Graziella Barbosa Barreiros (Autora Unidade 2)

Cientista Social (Fundação Santo André – 1999), Especialista em Saúde Pública (UNICAMP - 2001) e em Dependência Química – Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (USP – GREA – 2004). Tem experiência em gestão e supervisão clínico-institucional de Serviços de Base Comunitária: CAPS II e III; CAPS AD II e III; Serviços Residenciais Terapêuticos; e Consultório de Rua e Unidade de Redução de Danos. Tem também experiência em atuação direta, apoio e supervisão em ações de Matrciamento em Saúde Mental junto a serviços da Atenção Básica. É consultora e apoiadora técnica para gestores estaduais e municipais da área de Saúde Mental em processo de implantação e consolidação de Rede de Atenção Psicossocial. É assessora Técnica da Área Técnica de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, ministra cursos e palestras a gestores e trabalhadores da saúde mental, atenção básica, SAMU, Sistema Educacional e da Assistência Social em todo o território nacional, sendo atualizações, sensibilizações, treinamentos específicos e cursos de especialização. É membro do Colegiado Gestor do Programa Municipal de Saúde Mental do Município de Santo André – SP.



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**