

Cuidado integral em Saúde Mental

LUCIANA TOGNI DE LIMA E SILVA SURJUS
Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

Um pouco de História

Nem sempre a loucura foi tomada como doença –
Apenas ao final do Séc. XVIII ocorre a seu *confinamento no estatuto de doença mental. Razão e des-razão foram separadas, e concedida à ciência e à filantropia o poder de cerceamento da loucura.*

Fundamentalmente as instituições criadas para “atender” o loucos tinham, sobrepostas à sua função terapêutica, funções de punição e controle, reforçando processos de exclusão e alienação, com restrição de trocas sociais e divisão clara de poder - *INSTITUIÇÃO TOTAL.*

INSTITUIÇÃO DIFUSA - papel de difusora e transmissora de concepções e representações de conteúdos que reforçam estigmas e estereótipos, de forma a contaminar todo o circuito assistencial. Estigmas estes que justificariam a situação de exclusão dos doentes.

Um pouco de História

No Brasil, até o início do século XIX, restava aos doentes mentais a exclusão em prisões e porões das Santas Casas, que funcionavam como asilos. Posteriormente ocorre a construção do primeiro hospício do país, no Rio de Janeiro.

Déc. 50, começam a ser narradas as primeiras tentativas de entender as doenças mentais a partir de causas psicossociais. As contribuições da psicologia e sociologia traziam novas maneiras de pensar o cuidar e o lidar; surgem os primeiros antipsicóticos e mais tarde os antidepressivos.

Entretanto, o Brasil ainda enfrentaria os *anos de chumbo da ditadura*, caracterizado pelo desmonte das instituições públicas e avanço da privatização na saúde. Neste período, percebe-se não por acaso o lugar estratégico dos hospitais psiquiátricos, que concentraria 67,3% das internações nestas instituições.

Um pouco de História

Anos 70 - embates contra o regime militar e, na saúde mental, as denúncias a maus tratos.

Anos 80 - o campo da saúde é marcado por movimentos de mudanças, envolvendo novos paradigmas e práticas assistenciais, que viriam a ser legitimados pela inscrição do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988. Saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado.

Dentre as experiências de sistemas nacionais de saúde, com princípios de integralidade, universalização e equidade, o SUS seria o primeiro sistema nacional de saúde a incluir a participação social como uma de suas diretrizes.

Vinculado diretamente com as questões políticas da época, é inspirado no país o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, impulsionando a criação do movimento de Reforma Psiquiátrica.

Um pouco de História

O Movimento de Reforma Psiquiátrica ganha articulação em todo o país, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e surgem experiências de novas formas de atenção a esta população.

Conformava-se um campo heterogêneo de reflexões, envolvendo aspectos clínicos, políticos, sociais, culturais, éticos e de relações com o jurídico.

A partir da década de 90, a assistência pública psiquiátrica é reformulada por uma política nacional.

Um pouco de História

Marco no aparato legal - Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial :

"ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (...); A internação, em qualquer de suas modalidades só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes"; (...) O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio "

A proposição de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, conta ainda, com um arco principal de dispositivos e regulação que criam os novos serviços e orientam a redução progressiva dos leitos em HP.

Marcos para a Política Nacional de Saúde Mental

1992 – Portaria 249

2001 – Lei 10.216

2002 – Portaria 336

2003 - Lei 10.708

2005 – Portaria 245

2006 - Lei 11.343

2011 – Portaria 3088

2012 – Portarias 130 e 121

Marco contemporâneo

As Redes de Atenção à Saúde

Portaria 4279/2010 – Redes de Atenção à Saúde - A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Redes de Atenção à Saúde

Decreto Nº 7.508/11

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Seção II – Art. 90. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - **de atenção psicossocial;** e

IV - especiais de acesso aberto.



Ministério da
Saúde





REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Uma das Redes prioritárias



Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde

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

Atenção Psicossocial Estratégica

- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

Atenção de Urgência e Emergência

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

Atenção Residencial de Caráter Transitório

- Unidade de Acolhimento
- Serviço de Atenção em Regime Residencial

Atenção Hospitalar

- Enfermaria especializada em Hospital Geral
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Estratégias de Desinstitucionalização

- Serviços Residenciais Terapêuticos
- Programa de Volta para Casa

Estratégias de Reabilitação Psicossocial

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



Ministério da
Saúde



REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

DIRETRIZES

- ✓ Respeito aos direitos humanos, garantindo a **autonomia** e a liberdade das pessoas;
- ✓ Promoção da **equidade**, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- ✓ Combate a **estigmas** e preconceitos;
- ✓ **Garantia do acesso e da qualidade dos serviços**, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- ✓ Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- ✓ **Diversificação** das estratégias de cuidado;

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

DIRETRIZES

- ✓ Desenvolvimento de atividades **no território**, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da **cidadania**;
- ✓ Desenvolvimento de estratégias de **Redução de Danos**;
- ✓ Participação dos usuários e de seus familiares no controle social ;
- ✓ Organização dos **serviços em rede** de atenção à saúde, com estabelecimento de **ações intersetoriais** para garantir a integralidade do cuidado;
- ✓ Promoção de estratégias de educação permanente;
- ✓ Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do **projeto terapêutico singular**.

Considerações sobre o cuidado em Rede

- ✓ **Acolhimento**
- ✓ **Vínculo**
- ✓ **Responsabilização**

Estratégias:

Criação de dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal e definem responsabilidade:

- ❖ Equipes de referência interdisciplinar com adscrição de clientela e valorização de vínculo;
- ❖ Apoio Matricial;
- ❖ Elaboração de PTS;
- ❖ Criação de Espaços Coletivos (articulação entre rede de serviços, gestão e usuários) – reconhecimento que a participação política é terapêutica;
- ❖ Valorizar e possibilitar presença de acompanhante;
- ❖ Assegurar acesso à informação sobre política, gestão e processo saúde/doença;
- ❖ Considerar capacidade de auto-cuidado como indicador de eficácia da atenção.

Destaque - Projeto Terapêutico Singular

É a construção de proposta terapêutica, construída em torno das necessidades dos sujeitos e junto a eles, voltada para o fortalecimento da autonomia e produção de novos lugares sociais.

Resulta de esforços e construção coletiva, entre equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário, usuários e suas famílias.

Busca na singularidade (na diferença) o elemento central de articulação.

UM PARÊNTESES : A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA PESSOA QUE USA DROGAS

A associação imediata da imagem pessoa que usa drogas à questão da ilegalidade e ao crime

- contextualizou a questão das drogas no campo da justiça, sendo apenas mais tarde tomado como problema social e de saúde pública.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA PESSOA QUE USA DROGAS

No entanto, muitas vezes essa representação se mantém, e as abordagens se dão na forma de julgamentos morais, de condenação ou de forma caritativa, tratando a questão como infração ou fraqueza de caráter.

OPAS

Em programação pelo Dia Internacional da Luta Contra o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Drogas (26/06/2012), especialistas afirmaram que:

A redução de danos morais é a melhor meta para as políticas emergentes sobre drogas.

Afinal, o que é Redução de danos?

São ações pragmáticas que tratam como imprescindível a oferta de atendimento para todas as pessoas nos serviços de saúde,

Inclusive para aqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas.

O esforço é pela preservação da vida.

As estratégias de redução de danos se caracterizam pela tolerância, pois evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de drogas, assim como intervenções autoritárias e preconceituosas.

Se ACOLHER...

é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir
(FERREIRA, 1975),

O acolhimento é o ato ou efeito de acolher expressando, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, sendo necessariamente,

UMA ATITUDE DE INCLUSÃO!

O que está em jogo no acolhimento a pessoas que fazem uso de drogas?

portas abertas

*legitimação da
demanda*

*revisitação de pré-
conceitos*

*respeito aos
direitos*

inclusão

Articulação de uma Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica como base do seguimento longitudinal e grande porta de entrada no Sistema

CAPS (porta aberta) – minimizar barreiras de acesso;

Diversificação/ampliação de portas: Demandas espontâneas ou referenciadas – discutidas em apoio matricial ou encaminhadas ;

Co-responsabilidade na atenção às situações de crise no território – ESF, UBS, CAPS, UPA, PS, SAMU.

Articulação de uma Rede de Atenção Psicossocial

O anúncio à rede de modificações na esfera de responsabilidades dos serviços gera movimentos de verificação dos limites e potência dos mesmos. Há que se garantir espaços de discussão e pactuação coletivos.

Trabalhar em rede é se co-responsabilizar. E a transformação do modelo não prevê para o CAPS o mesmo lugar do HP – Há sim um papel central na articulação de um cuidado que se faz em rede.

Há que fazer um esforço para desconstruir a idéia (que muitos serviços e o próprio CAPS faz de si), de local que se responsabilizará totalmente pelos sujeitos.

Transformação de modos de atenção

- O papel dos CAPS -

Transformação de modos de atenção – O papel dos CAPS

De alternativo
a substitutivo

CAPS II – A abertura
da porta

A co-
responsabilização
no atendimento
aos sujeitos em
crise

CAPS III –
retaguarda e
articulação em rede

Superação da lógica ambulatorial

Serviços caracterizados por plasticidade em se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não os mesmos se adequarem aos serviços;

Atuação na **perspectiva territorial**, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

CAPS

De alternativo a substitutivo

A porta aberta

A co-responsabilização no atendimento aos sujeitos em crise

CAPS III retaguarda e articulação em rede

Mitos e desafios.

Expectativas e ampliação da responsabilidade.

Acolher prontamente a demanda de usuários, famílias, parceiros.

Organização que contemple o programado e o inédito...

A transformação de um serviço

De alternativo a substitutivo

CAPS II – A abertura da Porta

A co-responsabilização no atendimento aos sujeitos em crise

CAPS III – retaguarda e articulação em rede

O CAPS X PS - Cuidado contínuo x cuidado episódico.

As necessárias pactuações em rede de cuidados.

O planejamento e definição de fluxos mínimos; disponibilidade, co-responsabilidade e limites; os parceiros ; os entraves.

Os novos arranjos.

A transformação de um serviço



A potência e as inúmeras crises...

O recurso do acolhimento noturno

Dentro e fora do CAPS.

Ser retaguarda = contar com retaguarda

Equipe de Referência

aqueles que se encarregam da atenção de determinados casos de maneira mais próxima e longitudinal.

Responsáveis pela articulação e acompanhamento dos PTS.

Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

Tem mais propriedade/"memória" da história do usuário e estabelece relações preferenciais com sua família.

Apoio Matricial

Assegurar de modo dinâmico e interativo retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência;

Dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico;

Construção compartilhada de modos de operacionalização;

Metodologia complementar e transformadora de sistemas hierarquizados;

Personaliza referência e contra-referência através de contatos diretos.

Da porta aberta à porta giratória

De “paciente da mental” para “usuário do sistema” – com todas as dificuldades que ele enfrenta: a difícil inclusão das famílias nos PTS, a miserabilidade, a violência, a ausência de outras políticas públicas para além da saúde...

A possibilidade de atender prontamente a demanda dos parceiros, amplia relações de confiança e também abre portas para futuras articulações.

Amplia o acesso e permite avaliação de risco. Isso não significa negar limites, pelo contrário. É explicitar a co-responsabilização.

Da porta aberta à porta giratória

Se o usuário é “nosso” (da rede), e seu tratamento compartilhado com ele próprio, sua família, serviços de referência e outros apoios possíveis, pode circular por uma rede, ir e retornar.

É necessário que sejam planejadas linha de cuidado / pactuações provisórias-reavaliáveis de PTS e de ações.

O CAPS deve estar organizado para as demandas programadas e as que emergem.

Existem arranjos que favorecem essa construção – mas toda rede também se configura de forma singular.

Cotidiano do cuidado nos CAPS

- ▣ Acolhimento – num exercício de escuta do sofrimento e de autonomia dos profissionais. Em muitos casos são possíveis ações resolutivas. Acolher não é triar.
- ▣ Limites no atendimento de casos novos no período noturno;

Cotidiano do cuidado nos CAPS

- ▣ Valorização e envolvimento de familiares sempre que possível;
- ▣ Definição de dupla de referência por região;
- ▣ Participação nos Grupos de Referência, circulação pelo serviço;
- ▣ Pactuação do PTS junto ao usuário e família;

Cotidiano do cuidado nos CAPS

- ▣ Discussões mini equipe de referência e reuniões gerais;
- ▣ Avaliação sistemática do PTS;
- ▣ Intensificação, espaçamento das ofertas sempre que necessário!

Cotidiano do cuidado nos CAPS

- ▣ Acolhimento noturno – contradições:
 - ✓ passar a participar de situações-limites de usuários graves, com baixa adesão, alta vulnerabilidade X atuar em recusa de receber à noite usuários que tiveram “alta por abandono”...
- ▣ Definição de critérios – construída e pactuada junto aos profissionais, usuários, familiares, gestores...

Um modo de organização

- ❖ **Plantão:** duplas de profissionais que se responsabilizam pelo acolhimento dos casos novos, avaliação compartilhada dos usuários em acolhimento noturno e demandas emergentes.
- ❖ **Convivência/ambiência:** demandas que não chegam até os atendimentos, mediar convívio, favorecer criação de laços.

Um modo de organização

- ❖ **Farmácia:** dispensação e orientação a partir dos grupos de referência (tema muito relevante para os usuários); reposição de medicamentos da sala de enfermagem;
- ❖ **Enfermagem:** Dispensação aos usuários em acolhimento noturno ou com demanda para medicação assistida; atendimento à urgência.
- ❖ **Transporte:** (Escala ou referência) Visitas domiciliares; busca ativa de usuários; apoio matricial; reuniões externas.

Um modo de organização

❖ Grupos de Referência:

semanais, com dia e horário definido, conduzido por profissionais de referência (psi, to, enf, ou as + médico + auxiliares/tec. Enfermagem) para grupo determinado de usuários. Atuam em um grupo que objetiva a construção de projetos terapêuticos singulares, de maneira a compartilhar e refletir a experiência dos usuários, favorecer trocas e criação de laços afetivos. Recurso ativo nos momentos de crise.

Um modo de organização

- ▣ Atendimentos individuais ou grupais semanais, por especialidade ou por tema: psicologia, terapia ocupacional, oficina de futebol, jornal, auto-cuidado, música. Compõem projetos terapêuticos singulares e extrapolam os limites da mini equipe de referência.

Um modo de organização

- ❖ Grupos abertos em equipamentos comunitários: semanais compondo PTS compartilhados com as UBS, centros de convivência.

Potentes recursos na ampliação dos territórios bem como no suporte de casos atendidos pela rede básica, qualificando avaliações de risco e facilitando acessos.

Um modo de organização

Atividades festivas abertas:

- ❖ Real possibilidade de encontros mais horizontalizados (ex.campanha DST/AIDS; festa...);
- ❖ Possibilidade do usuário e profissionais transitarem por lugares diferentes;
- ❖ Participação familiar de maneira mais leve;
- ❖ Ampliação da parceria com a comunidade local.

Um modo de organização

- ❖ **Assembléia – semanais, abertas a todos os profissionais, usuários e suas famílias, para discussão de temas coletivos, pactuações e deliberações. Atenção para que este espaço não se institucionalize a ponto de impossibilitar as participações possíveis.**

Desafios

Romper com a cultura de psicologização/psiquiatrização da vida – lógica dos atestados, afastamentos, renovação de receitas.

A potência dos encontros consumida pela burocracia das práticas e pela medicalização da vida!

Promover acolhimentos resolutivos!

Diferentes governabilidades devem tomar para si diferentes negociações: inss/laudo do psiquiatra... – A equipe não deve responder sozinha pelas dificuldades de todo um sistema.

Divergências de avaliação – pactuação de como se entende o problema e pactuar possíveis ações no sentido da resolução ou da redução de danos.

Desafios

Construir e sustentar processos mais autônomos de trabalho e de tratamento.

Parceiros resolutivos não reduzem a importância dos outros profissionais, pelo contrário!

Lidar com os direitos e autonomia dos usuários. Se é oferecida a possibilidade de escolha ao usuário – há que se sustentá-la...

Negociar os limites dos profissionais - o que me atravessa, não é o mesmo que atravessa ao outro. Trabalhar em equipe também amplia a capacidade de sustentação de situações limite: agressividades, hipersexualidade, infanticídio...

Respeitar a autonomia das decisões necessárias e tomá-las de forma o mais compartilhada possível. O plantão tem autonomia! Abrir espaço para questionar condutas, lembrando que o colega de trabalho não é um inimigo!

O lugar dos médicos na equipe

Nem mocinho, nem bandido. Detentor de um saber que compõe a responsabilidade de cuidado de uma equipe – muitas vezes reduzido por ela própria a um prescritor/burocrata.

A horizontalização deve se dar de forma respeitosa e co-responsável. E só acontece num ambiente de confiança. Muitos casos são sustentados no CAPS a partir de uma avaliação médica criteriosa; mas que também não é onipotente. Cuidado com os julgamentos.

Assumir os riscos de trabalhar com uma dor emergente, que compreenderemos a partir de grande proximidade com os usuários. Há algo de singular que será descoberto no caminho.

O lugar dos médicos na equipe

Estratégias:

- ▣ garantir participação em espaços de gestão (colegiado de gestão);
- ▣ Garantir participação em espaços temáticos e grupos de referência;
- ▣ Organização da jornada de trabalho entre atividades agendadas e avaliação de urgência;
- ▣ Compor parcerias no cumprimento das tarefas mais burocráticas;
- ▣ Possibilitar circulação de saberes internos à equipe, qualificando acolhimento;
- ▣ Não blindar o médico, mas também não transformar tudo em consulta médica! ;
- ▣ Não reduzir a consulta médica à prescrição medicamentosa.

Corpo de enfermagem

É o maior grupo de trabalhadores do CAPS, também exposto a maior tempo de convívio com usuários, e muitas vezes com menor capacitação e menores recursos externos para lidar com as questões do sofrimento psíquico e seus impactos em sua própria subjetividade.

Têm em sua formação dura estrutura hierárquica, precisando vivenciar a nova organização de equipe; tende a ser subestimado em suas avaliações pelos profissionais universitários. Lidam com muitas abordagens concretas e invasivas.

Corpo de enfermagem

Estratégias:

- Não negação da diversidade das responsabilidades e ações – respeito e valorização do núcleo profissional;
- Favorecer participação nas discussões e espaços de gestão – reunião de equipe, colegiado de gestão, assembleias (o usuário precisa saber que o aux. Enfermagem tem autonomia);
- Garantir experiência de referenciar usuários e compor espaços temáticos;
- Organização da equipe em rodízio, superando a contraditória organização hospitalar da retaguarda noturna. (“quando enfermeiro que é dá injeção, sei que é remédio mesmo que estou tomando”)

O atendimento às situações de crise

Co-responsabilidade junto aos casos graves de seu território.

Aproximação do usuário em momento de maior sofrimento, podendo contar com parceiros (SAMU, UBS, PS) e sua família.

A dificuldade com as co-morbidades - condições clínicas; intoxicação... Faltas e excessos... Família parceira para ajudar na identificação de “diferenças” entre um crise e outra – (ex. quadro depressivo X chagas).

Momento chave para inclusão da participação familiar.

Situações de Crise

As crises dos usuários geram desestabilizações também na equipe.

Nem todas as crises são visíveis – há uma tendência de denominarmos crises somente as agitações e comportamentos agressivos.

Na maioria das vezes os usuários atendidos já construíram alguma vinculação que permite acolher e produzir modificações no ciclo desestabilização-cronicidade...

.

Situações de crise

PTS – não pode ficar estagnado. Precisa ser redefinido durante os diferentes momentos da vida.

Muitas vezes, a primeira aproximação com um usuário novo em crise é mediada e compartilhada com outros profissionais e serviços. E pode significar momento decisivo de vinculação ao serviço, aos profissionais e ao tratamento.

Nos momentos de insegurança/impossibilidade em receber um usuário ainda não inserido em situação de crise, é possível estabelecer parceria com PS/SAMU/PAs. Esclarecendo as limitações sem se ausentar da responsabilidade e da disponibilidade em receber o mais breve possível.

A internação

Recolocando a questão da internação:

- Entendendo que o limite do CAPS no acolhimento integral se dá quando há a necessidade de tecnologia hospitalar, com retaguarda laboratorial.
- Portanto, o espaço mais apropriado é o Hospital Geral.
- Contar com retaguarda de urgência, pode reduzir necessidades de internações.

Gestão Participativa

Falar de subjetividade é também reconhecer desejos e interesses em todos os que circulam pelos espaços de saúde – os que buscam atendimento e os que detêm o mandato social de ofertá-lo.

Usuários, famílias e trabalhadores precisam exercitar cotidianamente a horizontalização e a co-responsabilização das práticas, para de fato conseguirem sustentá-la.

Estruturas demasiadamente hierarquizadas e verticais, departamentalizadas e desarticuladas não conseguem produtos diferentes destes. É preciso fazer valer o discurso do reconhecimento de saber e da autonomia nos diferentes atores.

Gestão Participativa

Alguns dispositivos e arranjos podem favorecer:

Assembléia;
Colegiado de Gestão;
Conselho Local de Saúde;
Reuniões de equipe;
Supervisão clínico-institucional;
Grupos de famílias;
Grupos de referência;
Rodas.

Trechos narrativa dos usuários – Pesquisa avaliativa dos CAPS Campinas

“Durante a internação a gente se acha imprestável e quando sai, sai sem direção. Pouco tempo depois piora.

Acreditamos que a diferença da internação no hospital é que os médicos não avaliam sua saúde, mas o seu comportamento, o que você diz. E você quer sair, e se esforça ao máximo para demonstrar que você tá bom, tá se controlando.

Você passa a ser passivo, como se estivesse representando um personagem. Representando a idéia que o médico quer ter de você.”

Trechos narrativa dos usuários – Pesquisa avaliativa dos CAPS Campinas

“Já no CAPS, você é cuidado, tem o seu histórico. Se você está doente, você é avaliado por aquilo que está passando.

No CAPS tem mais chance de ficar melhor. Você não precisa forçar a alta porque quando sai da crise continua fazendo seu acompanhamento lá. Vem todos os dias, uma vez por semana, conforme ficar marcado.

Quando vamos ao CAPS, nos colocamos no lugar do outro que está em crise, sabemos que em outros momentos nós é que estávamos assim. Percebemos que melhoramos. “

Trechos narrativa dos usuários – Pesquisa avaliativa dos CAPS Campinas

“Tem alguns grupos onde os funcionários querem saber da gente e onde a gente vai saber da vida do próximo.

Dos atendimentos saímos mais leves, mais alegres, aprendemos coisas.

Acreditamos que os grupos ajudam a compartilhar dificuldades e ver que tem pessoas com problemas maiores. Dá pra ajudar os outros.”

Trechos narrativa dos usuários – Pesquisa avaliativa dos CAPS Campinas

“A terapia ajuda na valorização de cada um, a melhor coisa é você sentir que é útil, sentir que é capaz de fazer alguma coisa. Faz um colarzinho e as pessoas querem saber se foi você mesmo quem fez. Isso traz alegria, satisfação. É a sensação de superar barreiras.

O remédio ajuda a aliviar os maus pensamentos, e têm alguns que dá para mudar: a injeção pode ser opção ao amargo. Mas tem também os efeitos colaterais: mal estar, zozzeira, moleza, que mistura com o tédio de não ter uma ocupação e parece nos manter sem disposição, sem atitude.

Fora do dia de ir ao CAPS, às vezes algumas festas, onde a gente colabora com as coisas que sabe fazer: cozinha, organiza, conserta, consegue doações. “

Trechos narrativa dos usuários – Pesquisa avaliativa dos CAPS Campinas

“Sobre referência, são algumas pessoas, médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeiros. Em alguns CAPS, são as primeiras pessoas que acolheram quando você chegou.

São os profissionais que cuidam mais de você, que se preocupam porque você não veio. Alguém por quem você procura mais.

QUANDO UM ENFERMEIRO QUE É DA SUA REFERÊNCIA TE APLICA UMA INJEÇÃO, DÁ PRA TER CERTEZA QUE DEU REMÉDIO MESMO . “

intersectorialidade

No campo das Políticas Públicas, faz-se necessário portanto,

Presença ativa do Estado:

- Na garantia de direitos;
- No fortalecimento de suas instituições;

Para o desenvolvimento de ações compartilhadas, articuladas, solidárias e inclusivas

- Tanto no campo da prevenção, quando no do cuidado...