

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIELA DE ANDRADE CUNHA

A REDE DE ATENÇÃO COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO NOS CAPS

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIELA DE ANDRADE CUNHA

A REDE DE ATENÇÃO COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO NOS CAPS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Adriana Remião Luzardo

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A REDE DE ATENÇÃO COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO NOS CAPS** de autoria do aluno **Daniela de Andrade Cunha** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Profa. Adriana Remião Luzardo
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha FAMÍLIA!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em 1º lugar! Ao meu pai, meu esposo e meu filho pela paciência e por terem contribuído para mais uma vitória na minha vida! Amo vocês!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 METODOLOGIA.....	13
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

Este trabalho foi realizado no contexto das Redes de Atenção à Saúde e a humanização como forma de relacioná-las ao cotidiano dos CAPS. Teve como objetivo geral oferecer um espaço de reflexão acerca das Redes de Atenção à Saúde como ferramenta de humanização nos CAPS do município de Xique-Xique/BA. Da mesma forma elencaram-se os objetivos específicos de levantar documentos sobre as Redes de Atenção à Saúde e a humanização como subsídios para capacitação nos CAPS do município; bem como realizar ciclo de oficinas como instrumentos de sensibilização e debate acerca das Redes de Atenção à Saúde e humanização. Para tanto foi utilizada a Tecnologia da Educação, no sentido em que se buscaram estratégias para realizar atividades educativas. Procurou-se apontar para um exercício reflexivo acerca de contextos onde se tem produzido novas formas de pensar, considerando as contradições da existência humana e àquelas produzidas social e historicamente. O olhar produzido sobre as publicações neste espaço é apresentado no trabalho como uma modesta contribuição frente aos crescentes desafios que as redes de atenção possuem.

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da construção do SUS está posto o desafio de trabalhar com as redes integradas de saúde. A idéia de Rede está implícita nos princípios e diretrizes do SUS, e na Lei 8080. A Rede de Atenção à Saúde é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, e para oferecer atenção integral.

A Organização Mundial da Saúde propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas integração do sistema. Quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da fragmentação. A fragmentação dos sistemas de saúde pode ocorrer entre unidades semelhantes (hospitais, por exemplo) e entre unidades desde diferentes níveis de cuidados. A fragmentação apresenta conseqüências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde. Além disso, os sistemas fragmentados determinam ineficiências alocativas significativas (WHO, 2000).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se constrói na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005)

No momento em que se atravessam mudanças e se presencia a crise geral nas sociedades, parece oportuno a discussão sobre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Pessoas buscam soluções e alternativas e profissionais buscam adequar e atualizar seus métodos. Todos buscam a qualidade total. A área de saúde enfrenta uma das maiores crises da história confrontando-se com novos desafios a cada dia. As redes são uma forma de humanizar o ambiente de trabalho e resgatar fortalecendo o comportamento ético, articular o cuidado técnico - científico, com o cuidado de incorporar a necessidade de acolher o incompreensível, o incontrolável, o diferente e

singular. Mais do que isso é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites. Vários setores nas sociedades já têm iniciado um movimento que apela para uma existência mais humana, buscando alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

Durante os 5 anos trabalhados em um CAPS foi possível perceber a resistência das unidades básicas em prestar serviços aos usuários do CAPS, situação que evidencia a relevância do trabalho em rede para incluir os serviços e ações dentro da lógica da atenção integral, buscando assim mudar as realidades de acesso e qualidade na assistência.

Diante dessas considerações e ressaltando a importância da intervenção pelos profissionais frente às redes, levantou-se a questão: Qual a importância das Redes de Atenção Psicossocial para a reabilitação dos usuários dos CAPS.

No contexto de responder a essa questão elegeram-se como objetivo geral: ***oferecer um espaço de reflexão acerca das Redes de Atenção à Saúde como ferramenta de humanização nos CAPS do município de Xique-Xique/BA.*** Da mesma forma elencaram-se objetivos específicos:

- Levantar documentos sobre as Redes de Atenção à Saúde e a humanização como subsídios para capacitação nos CAPS do município de Xique-Xique/BA;
- Realizar ciclo de oficinas como instrumentos de sensibilização e debate acerca das Redes de Atenção à Saúde e humanização nos CAPS do município de Xique-Xique/BA.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, na defesa da saúde coletiva, na equidade da oferta dos serviços, e no protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. A Reforma Psiquiátrica foi um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incidiu em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nos movimentos sociais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica pretendia modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (DELGADO, 1992)

A Portaria nº 224/92 definiu os serviços de Saúde Mental condizentes com a nova Política de Saúde Mental. Esta Portaria regulamentou os atendimentos em regime ambulatorial que prevê o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é utilizado como intermediário entre o hospital psiquiátrico e o atendimento no ambulatório (BRASIL, 2004).

De acordo com essas transformações políticas e estruturais um novo modelo de atenção foi moldando-se de acordo com a complexidade dos problemas de saúde, refletindo também na

saúde emental. A organização e a estrutura dos serviços oferecidos a pessoas com transtornos mentais e suas famílias foi cada vez mais adentrando a lógica da democratização das instituições e se estruturando em uma rede de apoio e de oferta de serviços em consonância com as diretrizes do SUS. A integralidade da atenção foi ocupando um espaço antes dominado por ações fragmentadas.

Assim a implantação das RAS vem trazendo mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2011).

Os problemas que justificam as redes de atenção à saúde são: cuidado de saúde provido em lugar menos adequado e pouco custo/efetivo; listas de espera devido à utilização inadequada da atenção especializada; capacidade instalada ociosa; sobre-utilização dos serviços, gerando listas de espera; e falta de resolutividade nos distintos níveis do sistema de saúde. Para solucionar estes problemas as redes de atenção à saúde necessitam de integrar, horizontal e verticalmente, os sistemas de saúde e ofertar serviços que devem ser: integrais, envolvendo o fomento, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação e os cuidados paliativos; coordenados, atenção provida em pontos de atenção que se constituam como uma sucessão de eventos ininterruptos, ordenados por sistemas de informação; contínuos, atenção às pessoas e famílias, ao longo do tempo, por uma equipe de saúde determinada; e com foco nos usuários (MENDES, 2011).

Os sistemas integrados estão baseados em três características centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados; a integração desses pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes; e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde (MENDES, 2011).

Para além da organização estrutural da rede de serviços está a forma de acesso e a qualidade da assistência, principalmente quando se trata de saúde mental e suas demandas. Os avanços do SUS, observados e aqui relatados, provocaram a adoção de práticas em saúde mais humanizadas, pois conceitos teórico-filosóficos amparam e norteiam o sistema. Com isso, o que se espera é que seus profissionais operem as políticas públicas de saúde seguindo essa filosofia e aplicando-a em seu cotidiano.

Sendo assim, as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2007), a humanização na área da saúde remete à proposta ética, estética e política. Ética por implicar mudanças de atitude dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores de saúde, onde todos passam a ser co-responsáveis pela qualidade das ações e dos serviços prestados em saúde. Estética, por buscar abranger o sistema de produção de saúde de pessoas vistas subjetivamente como autônomas e protagonistas desse processo, e finalmente, política, por se tratar de uma organização social e institucional das práticas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, co-responsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2007).

A humanização do atendimento em saúde subsidia o atendimento, a partir do amparo dos princípios predeterminados como: a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente. (CASATE, 2005)

Para que o cuidado eficiente e humanizado ocorra, o processo de comunicação torna-se um instrumento básico e fundamental, que, porém acaba sendo freqüentemente fonte de conflitos ou pouco valorizado nas interações. (BENEVIDES, 2005)

3 METODOLOGIA

Esta intervenção utilizou a Tecnologia de Educação por ter sido elaborado material educativo pela reunião de documentos e bibliografias acerca das Redes de Atenção em face da humanização como instrumento a ser utilizado pelos CAPS.

O trabalho foi realizado no contexto das unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF), do município de Xique-Xique, no Estado da Bahia.

Após a reunião do material bibliográfico procedeu-se à organização de capacitação por meio de um ciclo de oficinas com discussões acerca do que significam as RAS, a RAPS, o papel dos CAPS, bem como os demais serviços que congregam a atenção em saúde mental.

Participaram das oficinas os profissionais do CAPS, além de profissionais da ESF, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, atendente de farmácia, agentes de saúde, porteiro e recepcionistas, totalizando 95 participantes da rede municipal.

Durante 3 meses, a cada quinta-feira eram realizadas as oficinas, para a qual eram organizadas as equipes dos CAPS e demais profissionais. Cada encontro durava em torno de 3 horas no total.

No sentido de instrumentalizar o debate foram utilizados os documentos levantados, além de recursos multimídia, como o computador e *data-show*

4 RESULTADOS

As oficinas foram trabalhadas como um espaço para reflexão e debate, onde todos expressavam suas dúvidas e percepções acerca das RAS e a humanização. Foi trabalhada a funcionalidade das redes, a unificação dos serviços. Foi observado que a comunicação era a ferramenta principal para que um debate aberto e sincero sobre as redes acontecesse.

Assim, as oficinas seguiram com utilização do material levantado a título de embasar a discussão e nortear a lógica de trabalho que pretendia reforçar no município.

Os profissionais de saúde do sistema unificado devem ser profissionais cinco estrelas: prestadores de serviços que consideram as necessidades globais das pessoas que são parte de uma família que se insere numa comunidade e que provêm serviços de qualidade e integrais com base na confiança mútua; que saibam comunicar com a comunidade para mudar seu comportamento e empoderá-la; que saibam decidir que tecnologias prover com base em custo-efetividade e ética; que saibam liderar pela confiança recebida da comunidade; e que saibam gerenciar os recursos para atender as necessidades de saúde da comunidade (BOOLEN, 1994).

Neste novo modelo de cuidado, há grandes mudanças no tratamento dos usuários, o qual: passa a ser humanizado; há a disposição de equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico; os usuários adquirem também o papel de agentes no próprio tratamento; e conquistam o direito de se organizar em associações e cooperativas, promovendo a inserção social de seus membros.

Um dos assuntos abordados foi a questão do território, momento em muitos profissionais falaram de suas delimitações e limites de atendimento, principalmente no caso da ESF. Em cima disso, pontuou-se que o CAPS não tem área específica quando se trata de um município de pequeno porte e que o usuário reside na área da ESF e que a partir disso se presume que o usuário deva ser atendido na UBS.

Trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde

mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. MENDES (2011)

No presente trabalho foi observado que os profissionais da ESF e alguns dos CAPS não estavam capacitados e orientados a receber os usuários de saúde mental de forma acolhedora e humanizada, além da insuficiente utilização dos conhecimentos científicos para a assistência. Muitos profissionais não sabiam como agir no momento de surtos, outros sentiam medo. Ao serem questionados sobre os conhecimentos construídos sobre saúde mental em suas graduações, os profissionais de nível superior relataram terem tido poucas informações acerca da saúde mental. Vale ressaltar que a humanização é fundamental no cuidado de qualidade dos usuários.

A esse respeito, Oliveira e Alessi (2003) acrescentam que no processo de humanização há a constituição dos profissionais da saúde como co-responsáveis por um trabalho coletivo de superação das práticas hegemônicas biológicas. A atuação conscientizada do técnico de seu papel profissional e social, inserido em um contexto social e político, possibilita a escolha por práticas de trabalho que visem o resgate desta condição ao usuário.

Antunes e Queiroz (2007) também descrevem que a perspectiva multiprofissional no trabalho de equipe reside na concepção de que o conhecimento sobre o ser humano se processa em campos ampliados, e não em mundos particulares e isolados. Desse modo, a proposta de um novo paradigma assistencial conduz o profissional a novas práticas em saúde mental e abre inúmeras possibilidades envolvendo o trabalho em equipe.

Sendo assim, o cuidado humanizado implica, por parte do cuidador, compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história (PESSINI, 2004).

Portando humanizar é cuidar do outro como um todo, é dar uma assistência que busca desde o usuário até sua família, é analisar o papel que a família representa dentro do contexto do processo saúde-doença.

Humanizar significa “tornar humano, dar condição humana, humanizar”. É também definida como “tornar benévolo, afável, tratável” e ainda “fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar”. Já humano, vem de natureza humana, significando também “bondoso, humanitário”. (FERREIRA, 2009)

Um dos pontos de significativa discussão e divergências foi sobre o processo de acolhimento dentro de cada unidade e de que forma a mesma ocorria, pois muitas vezes os

usuários compareciam sem ter, no entanto, suas necessidades atendidas ou mesmo a escuta qualificada pouco eficiente ou mesmo ausente. Muitos dos questionamentos e pontos de vista sobre o acolhimento não vinham como resultado de consulta a bibliografias, leituras acerca das legislações, normatizações e direitos do cidadão. O acolhimento representa um importante instrumento que fortalece a atenção primária como a porta de entrada do SUS. Na maioria das vezes, é o primeiro contato dos usuários com as unidades, sendo que se não forem de qualidade, humanizado, os usuários não retornam e seguem de volta à comunidade sem terem seus problemas resolvidos.

O acolhimento realizado nas UBS é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços (BRASIL, 2013).

O que os usuários querem é viver em um mundo onde as perspectivas e propostas integrais de viver bem sejam consideradas; onde não exista supremacia de nenhum grupo social sobre o outro; em que a sociedade não esteja separada por espaços, onde os afetos, as emoções e a racionalidade não estejam inscritos a uma doença ou localização e que nestes espaços possam ter a possibilidade de desenvolver a igualdade social entre os seres humanos, respeitando em cada indivíduo a característica de ser diferente

Espera-se que os objetivos deste trabalho tenham sido alcançados, que os profissionais consigam beneficiar-se das publicações acerca das RAS e humanização e encarem a realidade e a importância das redes no processo de um cuidar mais humano, com mais empatia e menos preconceitos.

Dessa forma, perceber-se a rede como uma ferramenta para melhorar a eficácia das ações de saúde, atingindo, especialmente, os usuários profissionais do CAPS que fazem um uso frequente dos serviços de saúde do município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que mostrar A Rede de Atenção como ferramenta na humanização dos CAPS é uma importante contribuição no sentido de se refletir criticamente como tem se dado o pensar e o fazer desta rede. Assim, procurou-se apontar para um exercício reflexivo acerca de contextos onde se tem produzido novas formas de pensar, considerando as contradições da existência humana e àquelas produzidas social e historicamente.

Debruçar-se sobre a rede constituiu-se em um desafio que remete a inúmeras reflexões sobre as possibilidades de construção de um processo singular. O olhar produzido sobre as publicações neste espaço é apresentado no trabalho como uma modesta contribuição frente aos crescentes desafios que as redes de atenção possuem.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007
- BOELEN, C. - Frontline doctors of tomorrow. *World Health*, 5:4 –5, 1994
- BRASIL. **Constituição [da] Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde, Brasília, 1990**.
- _____. Ministério da Saúde (2004). **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE (2007). **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E.A. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.17, p 389- 394, mar./ago, 2005.
- CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latinoam Enfermagem**; v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.
- DELGADO, P.G.G. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, v. 35, p. 80-84, jul. 1992.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4 ed. Curitiba: Positivo; 2009.
- MENDES, E. V. **As redes de Atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS; OMS, 2011.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003.
- PESSINI, L.; BERTACHINI L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The World health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva, WHO, 2000.