

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LOURDES MARIA DUARTE DE BRITTO

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE CRACK
EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LOURDES MARIA DUARTE DE BRITTO

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE CRACK
EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

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: Lucilene Cardoso

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE CRACK EM UM HOSPITAL PSIQUIATRICO** de autoria do aluno **Lourdes Maria Duarte de Britto** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Lucilene Cardoso
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 estudo aos profissionais da equipe de enfermagem com amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha existência.

A Jesus por me fortalecer dia-dia.

A minha querida filha pela ajuda, amor e contribuição na elaboração deste estudo.

A minha compreensível e dedicada orientadora Lucilene Cardoso, que muito me ajudou na elaboração deste estudo.

As minhas amigas, Luciana, Ariadna.

Aos autores por obras maravilhosas, na qual fundamentei este estudo.

Aos usuários e familiares por me ensinarem no dia-dia a rever meus conceitos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Plano de Cuidados.....	16
Figura 2. Enfermagem como agente da ação	17

RESUMO

Sabe-se que as ações de enfermagem em saúde mental sempre foram e continuam a ser questionadas em relação ao processo humanização no cuidar, nesta fase em que tratamos da reforma psiquiátrica temos o usuário de crack em seu momento de internação em um hospital psiquiátrico, para tratar os danos ocasionados pelo uso desta droga e seus agravos psíquicos. Neste momento temos uma equipe oriunda da área curativa, com pouco conhecimento técnico científico para lidar com o usuário, uma equipe mecanizada e não humanizada, necessitando rever conceitos e se despir de preconceitos e pré julgamentos com relação ao tratamento do usuário, que sabemos ser um desafio. Este estudo tem como objetivo, apresentar uma proposta de reorganização da assistência a **usuários de crack e outras drogas em um hospital psiquiátrico**. Espera-se com o desenvolvimento desta proposta contribuir para a humanização do cuidado em saúde mental e maior qualificação da assistência de enfermagem humanizada.

1- INTRODUÇÃO

O uso de drogas e a dependência química constitui um grave problema de saúde pública nas sociedades modernas. No Brasil, este fenômeno tem sido evidenciado pelos últimos censos e representa grandes desafios aos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais serviços da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no contexto do SUS.

O estudo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad), unidade de pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), apurou que o Brasil tem 2,6 milhões de usuários de crack e cocaína, sendo metade deles dependente (1,3 milhão). Deste total, 78% cheiram a substância exclusivamente (consumida na forma de pó); 22% fumam (crack ou oxi) simultaneamente e 5% consomem apenas pelos cachimbos. Total de usuários, 1,4 milhões (46%) são moradores da região Sudeste, 27% residem no Nordeste, 10% na região Norte empatado com o Centro-Oeste, 7% na região Sul. (Brasil, LENAD e UNIFESP, 2012)

Neste cenário, o crack é uma das drogas mais perigosas e debilitantes, na atualidade, provocando efeitos tanto morais quanto sociais, devastadores, incapacitantes. O uso do crack promove consequências graves nas vidas tanto do usuário quanto de seus familiares, independentemente de classes sociais ou raças (Brasil, 2011).

“Também chamado de pedra ou rocha, é cocaína solidificada em cristais. O nome crack deriva de seu barulho peculiar ao ser fumado. O crack é a conversão do cloridrato de cocaína em base livre através de sua mistura com bicarbonato de sódio e água. É a forma da cocaína mais viciante e também a mais viciante das drogas”. (Wikipédia)

Por produzir intensos e efêmeros efeitos estimulantes e prazerosos, marcados pela euforia, o *crack* torna os usuários “escravos” de seus efeitos, deixando de se alimentarem, zelar por sua higiene e segurança; levando-os a sucumbir devido aos graves danos causados ao organismo (Kessler, Pechansky, 2008).

O crack age no cérebro de 5 a 10 segundos, seu efeito é de aproximadamente 15 minutos, a rápida ação faz com que o usuário queira fumar várias pedras durante o dia, para que possa sentir os efeitos estimulantes e prazerosos, assim evitando efeitos desagradáveis causados após o efeito da droga acabar. Por ser uma droga barata fica fácil que os usuários alimentem o vício.

Além disso, as comorbidades relacionadas a esta dependência, muitas vezes com manifestação de sintomas ansiosos e depressivos, interferem na motivação destes usuários para mudança e conseqüentemente interferem na sua adesão aos tratamentos disponíveis atualmente.

Estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 2013, nas principais capitais do Brasil, evidenciou que há cerca de 370 mil brasileiros que utilizam *crack* e/ou similares, como: *pasta base*¹, *merla*² e *oxi*³. Trata-se de um resultado alarmante, ainda mais se considerado também que este número corresponde a 8% da população nas capitais do país e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas.

Sendo uma situação preocupante em todas as faixas etárias, mas com crescente comportamento de uso entre crianças e jovens.

Segundo o Ministério Público do Rio de Janeiro:

“O uso de crack por crianças e adolescentes se insere no cenário epidemiológico recente, que evidencia o aumento do consumo de substâncias que causam dependência química pela população infanto juvenil, estando geralmente associado a um contexto de vulnerabilidade das famílias com sérios impactos sociais e de saúde pública envolvidos”.
(Ministério Público, 2011)

De acordo com a Fiocruz, observou-se que 14% do total de consumidores de crack e seus derivados são crianças e adolescentes, o que equivale a mais de 50 mil usuários (FIOCRUZ, 2013)

Como enfermeira de saúde mental há 15 anos, atuando na área de supervisão e assistência, junto à equipe de técnicos de enfermagem vejo a necessidade de prestar cuidados humanizados.

¹ Pasta base- É obtida das primeiras fases de extração da cocaína das folhas da planta *Erythroxylon coca*, quando tratadas com bases fortes, com ácido sulfúrico e solventes orgânicos. É a matéria-prima para a cocaína em pó, o crack e a merla.

² Merla É derivada da cocaína. Sendo obtida das folhas de coca às quais se adicionam alguns solventes como ácido sulfúrico, querosene, cal virgem, etc, transformando-se num produto de consistência pastosa com uma concentração variável entre 40 a 70% de cocaína. 1 Kg de cocaína chega a produzir 3 Kg de merla. É ingerida pura ou misturada num cigarro normal ou num cigarro de maconha.

³ Oxi- É inicialmente feito a partir da pasta base das folhas da cocaína. Esta pasta base é misturada com combustíveis tóxicos e corrosivos, como querosene, ácido sulfúrico (água de bateria de carros) e gasolina; também com cal virgem e até cimento.

Durante esse período pude observar o crescente número de usuários procurando ajuda e assistência à saúde nos serviços de saúde mental. Notando que usuários e suas famílias apresentam-se muitas vezes fragilizados, carentes de atenção e cuidado.

A motivação para realização deste estudo deve-se a necessidade de adaptação do enfermeiro e equipe de enfermagem, em prestar cuidados relevantes e humanizados a esta nova clientela no cenário atual da assistência em saúde mental, visando à necessidade de capacitações e novas reformulações de nossa assistência na prática profissional, pelas dificuldades encontradas pelos profissionais nesta fase, despreparo nas abordagens e manejo correto e humanizado.

A escolha do tema se justifica pela abrangência do mesmo, tendo em vista que o uso do crack representa atual e importante discussão em nossa sociedade. Enquanto profissionais, necessitamos nos capacitar e rever conceitos de assistência, prestada nos voltando enquanto enfermeiros e formadores de opinião de forma humanizada, a fim de acolher esses usuários e suas famílias.

2- OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo, apresentar uma proposta de reorganização da assistência a usuários de crack e outras drogas em um hospital psiquiátrico, com base na humanização.

3- FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

3.1- O uso de crack no Brasil: um breve histórico.

Os primeiros relatos sobre uso de crack podem ser observados a partir dos anos 1984 e 1985, entre jovens em bairros pobres dos Estados Unidos. Com baixo preço e sendo uma alternativa mais segura se comparado às drogas injetáveis seu uso se alastrou pelo mundo (Prrenoud, Ribeiro, 2012).

“Chegado ao Brasil no final da década de 1980 e início dos anos 90, o crack vem há mais de 15 anos se disseminando na maioria dos centros urbanos do país, alcançando cidades do interior e mesmo zonas rurais, com problemas relacionados ao seu consumo” (Brasil 2011; Oliveira; Nappo,2008).

Por ser uma droga de baixo custo e grande poder viciante, o crack se espalha pelo Brasil em todo seu território nacional, dando lucros para os traficantes, deixando de ser meramente um caso de polícia para se tornar também um grave problema de saúde pública.

Neste contexto, a compulsão pela droga leva seus usuários a submeterem-se a condições degradantes e ilícitas, além do comprometimento de sua saúde.

Os usuários de crack têm diferenças marcantes em relação aos de cocaína inalada, sendo mais comum entre os primeiros o consumo de outras drogas, bem como o envolvimento em contravenções (Guindalini et al, 2006).

Estudo realizado na cidade de São Paulo, em 2008, com 33 usuários evidenciou que a metade deles apresentavam complicações de saúde caracterizadas pela ocorrência de desmaios, convulsões, tremores incontroláveis, problemas respiratórios, doenças sexualmente transmissíveis, quadros psiquiátricos, entre outras (Dualibi, Ribeiro, Laranjeira, 2008)

Tendo a morte como uma das graves consequências do uso de crack para considerável parcela desta população (Ribeiro et al.2004; Ribeiro et al.2006).

Diante tal gravidade, as políticas e leis voltadas à assistência a esta população também tem evoluído.

3.2 - Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil a Reforma Psiquiátrica foi marcada pelo “Movimento Sanitário”, ocorridos nos anos 70, em busca de mudanças paradigmáticas nos modelos de assistência e na gestão das praticas de cuidados as pessoas com transtornos mentais. Mais especificamente no ano de 1978 considerou-se o inicio efetivo deste movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil (AMARANTE, 1995).

Segundo o Brasil (2005) a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é um processo político e social, de grande abrangência, constituindo por atores, instituições e forças de diferentes origens, e incide em vários territórios, incluindo os governos federais, estaduais e municipais, também incluindo os serviços de saúde, os conselhos profissionais, as associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, os movimentos sociais, e contribui com o imaginário social e com a opinião pública.

No ano de 1989, ingressou no congresso o Projeto de Lei do então Deputado Paulo Delgado, o que teve como proposta regulamentar os direitos dos portadores de transtornos mentais, solicitando a extinção da atuação dos manicômios no país. Esta iniciativa favoreceu o inicio da luta do movimento no campo normativo e legislativo (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, inspirados no Projeto de Lei do então deputado Paulo Delgado, os movimentos sociais conseguiram em vários estados brasileiros aprovar as primeiras Leis que propunham a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (AMARANTE, 1995).

Somente em 2011, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei do Deputado Paulo Delgado, foi sancionada no país, porém, a aprovação foi somente de um substitutivo do projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo, como evidenciado na passagem abaixo:

“O texto da lei 10.216, de 6 de abril, marco legal da Reforma Psiquiátrica ratificou de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de saúde, garantindo aos usuários de serviço de saúde mental e conseqüentemente aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas- a universalidade de acesso e direito á assistência bem como a sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas as desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática, suas ações ás necessidades da população”. (Brasil, 2003)

O processo de reduzir a atuação dos hospitais psiquiátricos ganhou reforços através de programas, tais como, O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria), O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), O “Programa de Volta para Casa”, Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), Centros de Convivência e as Residências Terapêuticas.

Outro fator de destaque dos hospitais psiquiátricos foi o início do retorno dos pacientes para suas famílias e sua comunidade é um fato novo que a sociedade começou a gerenciar (BRASIL, 2004).

Através da Reforma Psiquiátrica foi possível a incorporação de novos modelos assistências tais como, os que possibilitaram as transformações nas praticas, saberes, valores sociais e culturais, cotidiano das instituições e as relações interpessoais. Vivenciou-se o avanço da reforma psiquiátrica, marcado por impasses, tensões, desafios e conflitos.

O Ministério da Saúde brasileiro, em 2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, visando a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários de crack e outras drogas. Para tanto, propondo estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis como, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua.

“São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;

III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;

IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e

VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.” (Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 (BR).

Por sua vez, a Portaria n. 121, de janeiro de 2012, institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Sendo neste momento preconizado o acolhimento humanizado, com posterior processo de grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas no cuidado aos usuários de crack e outras drogas. Sendo, portanto, a humanização do cuidado a usuário de crack o enfoque do presente estudo.

3.2- Efeitos e consequências do uso de crack ao organismo

- Ação do crack no organismo:

“Ao ser aquecida, a forma básica da cocaína se torna vapor que pode ser então inalado. Ao entrar nos pulmões, a cocaína vaporizada é rápida e eficientemente absorvida, devida a área de superfície (comparada ao interior das narinas, por exemplo). Uma vez na circulação sanguínea pulmonar, a cocaína é transportada pelo sangue ao coração e de La diretamente para o resto do organismo. Repare então que pela via intranasal (nariz) a cocaína deve percorrer um “percurso” maior que pela via inalatória (pulmão). Somando a isso a questão da rapidez com que atravessa tecidos para chegar ao sangue, por causa da maior superfície de contato dos pulmões, os efeitos da cocaína fumada são mais rápidos que os da cheirada. Enquanto os da cocaína cheirada levam em media 14 minutos para aparecerem, a fumada (crack) leva apenas 1,5 minutos.” (GUIMARÃES, 2011, p. 3)

- Dependência:

“Por ser fumado, expande-se pela grande área da superfície do pulmão e é absorvido em grande quantidade pela circulação sanguínea. O efeito é rápido e potente, passa depressa o que leva ao consumo desenfreado.” (Ministério Público, 2011).

Momento de dependência da droga, o usuário que pensava ter controle, constata que não tem, e é neste momento em que perde o controle sobre suas vidas e tornam-se vítimas pelo crack, estão doentes.

“A dependência do crack também é vista como uma doença que necessita de um tratamento com metas e intervenções, levando em conta as especificidades e necessidades de cada paciente e em muitos casos, por longo prazo”. (Ribeiro e Laranjeira, 2012)

Grande desconforto durante abstinência gerando depressão, ansiedade e agressividades contra terceiros. (Ministério Público, 2011)

O usuário neste momento, a seus familiares e a terceiros, sendo para muitos familiares o momento em que a presença deles em casa é vista como perigosa, pois temos nos noticiários casos de homicídios, ocasionados por estes usuários.

A necessidade do uso frequente acarreta delitos, para obtenção de dinheiro, venda de bens pessoais e familiares, até prostituição, tudo para sustentar o vício. (Ministério Público, 2011)

Nesse campo para o usuário é o vale tudo, pois se prostituiu, cometeu delitos, se lançam sem conseguir pensar nas consequências, muitos contraem o vírus HIV e outras DSTs.

O crack causa danos neurológicos e psicológicos nos usuários, afetando suas habilidades e de raciocínio lógico, muitos usuários desenvolvem paranoias, praticam atos bizarros. Muitos de nós já vimos usuários perambulando, não há noção de morbidade.

O uso do crack prejudica as habilidades cognitivas envolvidas especialmente com a função executiva e com atenção. Este comprometimento altera a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental e a velocidade de processamento de informações. (Ministério da Saúde, 2011).

-Danos Sociais ocasionados pelo crack: Vemos famílias em sofrimento, ao verem seus entes adoecidos pelo crack, abandonarem suas vidas e irem para as ruas onde passam a morar, nas chamadas cracolândias.

Abandono do trabalho, estudo ou qualquer outro interesse que não seja a droga. A ruptura ou a fragilização das redes de relação social, familiar e de trabalho normalmente leva ao aumento da estigmatização do usuário, agravando sua exclusão social.(Ministério Público, 2011)

- Consequências do uso em médio e longo prazo:

“Danos ao pulmão, ocasionando forte dores no peito, bronquite e asma, aumento de temperatura corporal com risco de causar acidente vascular cerebral, destruição de células cerebrais e degeneração muscular, o que confere aquela aparência esquelética do usuário frequente. Inibição da fome e insônia severa, são comuns queimaduras labiais, no nariz e nos dedos dos usuários” (Ministério Público, 2011)

“Relatórios atuais evidenciam que, entre os anos de 2001 e 2005, havia um consumo discreto e estável do crack na população brasileira. Porém a partir de então, ocorre seu uso apresenta crescente ocorrência na população brasileira, associado a graves problemas de saúde, criminalidade e violência “(Brasil, 2009).

Sendo, nesse contexto, necessário melhor planejamento dos serviços e profissionais de saúde quanto à assistência oferecida a estes usuários.

Espera-se com o desenvolvimento desta proposta contribuir para a humanização do cuidado em saúde mental e maior qualificação da assistência de enfermagem humanizada.

3.3- A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO À SAUDE

A Política Nacional de Humanização no cuidado à saúde foi lançada em 2003 visando à efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão da saúde, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

O que é a humanização no cuidado a saúde?

Segundo a Política Nacional de Humanização: “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.” (Brasil, 2004)

A PNH visa com as políticas propostas, o diferencial, na assistência prestada aos usuários e reformulação de conceitos em sua assistência que não podemos negar ser falha, na valorização dos sujeitos, a PNH inclui que através da Política de Educação Permanente, os sujeitos da ação sejam capacitados, em seu próprio ambiente de trabalho.

“As ações de educação permanente em saúde, envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas praticas de formação e de saúde.” (Brasil, 2007)

“Humanização é assim propositora para criação de novas praticas de saúde de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. A inclusão está orientada para analisar e modificar praticas de gestão e atuação, que influenciam mutuamente; ampliar o grau de contato e de trocas entre pessoas”. (Brasil, 2010)

A enfermagem, como gestor de cuidados em saúde mental, com todos os problemas e situações, necessita se colocar realmente como sujeito da ação, não sendo um mero prestador de cuidados mais um ser pensante e humanizado, que interage, participa, elabora, um agente terapêutico, articulado, revendo conceitos, se capacitando, se tornando humano.

“Logo, como humano o que realizamos é humano, sendo, portanto, próprio ao ser humano visar o bem estar da humanidade, tanto individual como coletividade, isso é o verdadeiro sentido de humanizar” (CORBANI, BRÊTAS, MATHEUS, 2009, p.350)

Definimos o ser humano, como um ser capaz de se comprometer com o bem estar do outro. Com relação que é humanização nos cuidados de enfermagem e sua reformulação podemos citar a PNH que preconiza na pratica da atuação psicossocial, com relação ao usuário e trabalhador, o seguinte:

“Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos reações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos”. (Brasil, 2008)

Para um cuidado humanizado é necessário, o olhar do outro, ouvir, ter contato, criar vínculos. Em saúde mental sem esta visão será impossível ofertar uma assistência humanizada, mesmo com as capacitações em saúde.

Quais são seus princípios?

Princípios da PNH são:

“Por principio entende-se o que causa ou força determinada ação ou que dispara um determinado movimento no palco das políticas públicas. A PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política de saúde”. (Brasil, 2008)

Transversalidade

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos
- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho
- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos.
- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais.
- As mudanças na gestão ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Como deve e pode ser aplicada nos serviços de saúde?

Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido da:

- Clínica ampliada
- Co-Gestão
- Valorização do trabalho e do trabalhador da saúde
- Acolhimento
- Defesa dos direitos do usuário
- Fomento das grupalidades, coletivos e redes
- Construção da memória do SUS que da certo

4 MÉTODO

Este estudo será realizado em um hospital psiquiátrico, localizado no município do Rio de Janeiro, localizado dentro da antiga Colônia Agrícola Juliano Moreira, que hoje pertence à Área Programática 4 (AP4), possui 80 leitos de internações mista, sendo quatro para menores de idade 02 para meninas e mais 02 para meninos, estes 80 leitos são de retaguarda para um hospital geral localizado na mesma Área Programática(AP4). Estes leitos são suporte para os seguintes Centros de Atenção Psicossocial que neste território são: 01 CAPS I, 03CAPS III e um CAPSad.

O referido hospital tem sua unidade de acolhimento, realiza em seu ambulatório cerca de 1500 a 1700 consultas por mês e tem sua taxa de ocupação em torno de 80%.

O objetivo deste estudo é desenvolver um plano de assistência humanizada para usuários de drogas (crack). Trabalho realizado com evidências pessoais e pesquisas bibliográficas, interativas, onde foram pesquisados vários autores para embasamento deste trabalho, através dos descritores: crack, assistência de enfermagem e humanização, cuidados.

Não foram realizadas entrevistas ou coletas de dados, sendo este o presente estudo uma proposta de implementação de um cuidado humanizado.

Participarão deste estudo os profissionais de saúde da equipe de enfermagem que serão motivados a repensar a assistência ao usuário de crack e outras drogas, com o objetivo de humanizar a assistência oferecida no serviço. Os sujeitos alvo deste estudo serão estes usuários que após a realização deste projeto poderão ser beneficiados por um cuidado mais humanizado em saúde mental no referido serviço.

O plano de trabalho era desenvolvido em um ano e prevê a realização de cinco etapas:

1- Constituir um grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a instaurar uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde. Neste grupo desenvolver estudo sobre o tema (pesquisa literatura e programas ministeriais);

2- Definir principais técnicas/procedimentos para humanização (relacionamento interpessoal, vínculo, cidadania);

3- Elaborar um folder educativo com tecnologia que propõem proposta de promover uma nova interação entre profissionais e os usuários atendidos no serviço

4- Discutir com a equipe e planejamento de mudanças na rotina

5- Implementar de mudanças e avaliar seu impacto no acolhimento.

Preocupação no cuidado significa: atenção, cuidado, delicadeza, gentileza, pensamento, precaução, responsabilidade, solidude.

Ética Profissional é o conjunto de normas éticas que formam a consciência do profissional e representam imperativos de sua conduta.

É importante resaltar que por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADO ESPERADOS

Não obtive nesta etapa resultados por se tratar de um plano de ação a ser implementado junto à equipe de enfermagem de forma continuada e sistematizada no cenário da assistência de enfermagem, que deverá ser de forma humanizada e sistemática compondo com a equipe de enfermagem e demais profissionais, como citada no referencial teórico deste trabalho.

Apresento o Plano de Ação em figuras que seguem com o título 1- Plano de cuidados e 2- Enfermagem como agente da ação.

Figura 1 Plano de Cuidados
Fonte: Autoria própria

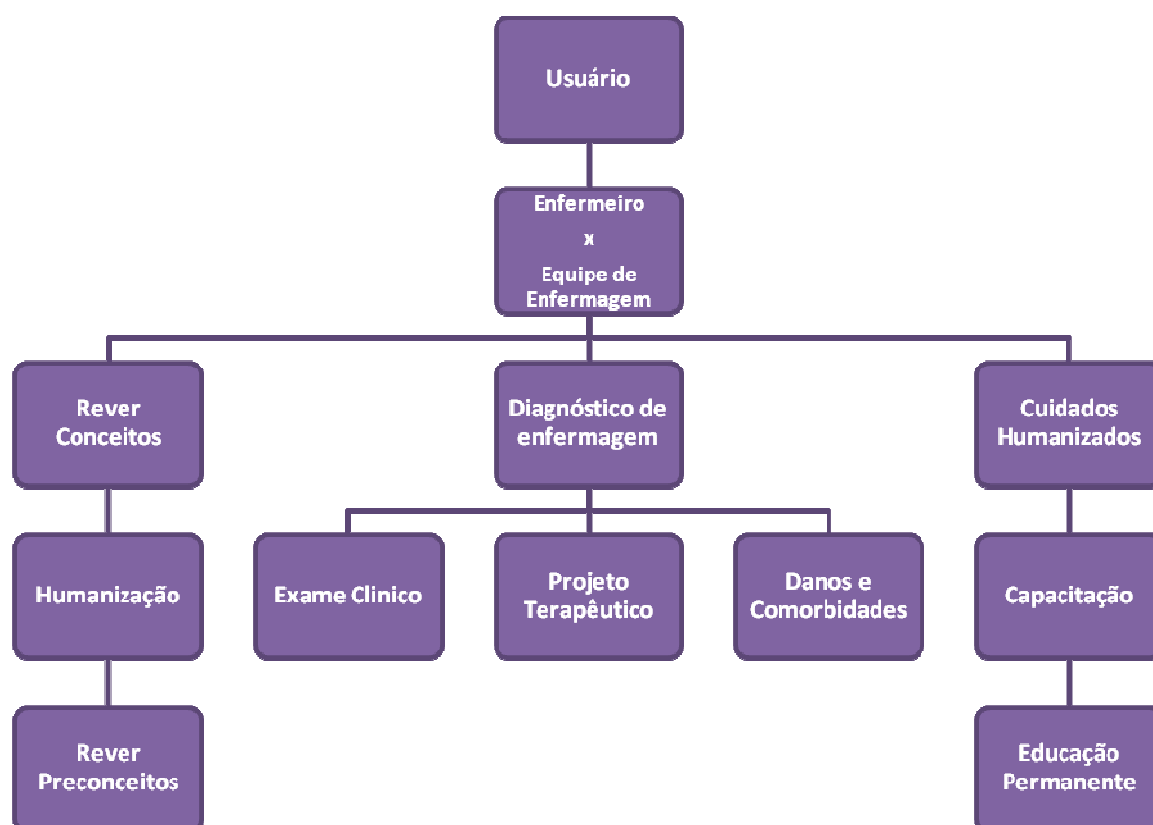
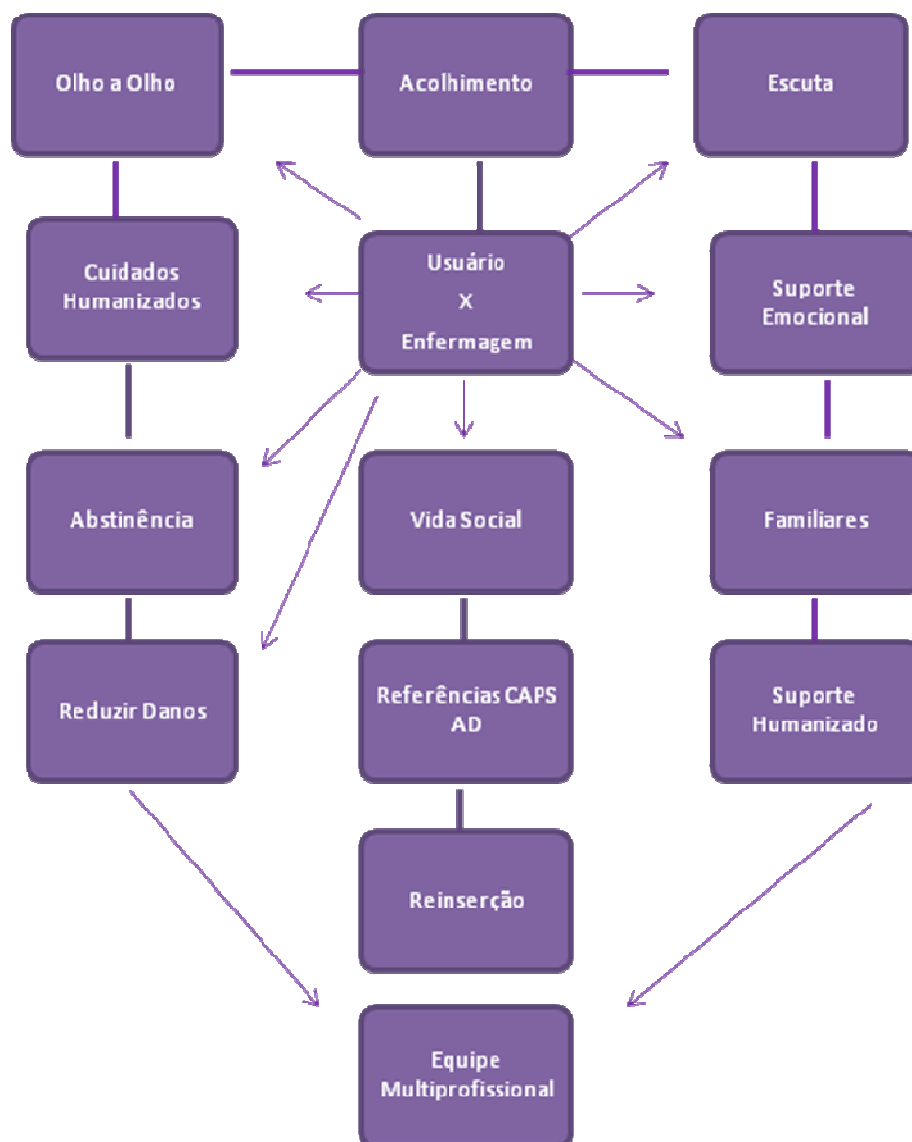


Figura 2 Enfermagem como agente da ação
Fonte: Autoria própria



Na figura “Plano de Cuidados”, temos o usuário como centro da ação com suas necessidades básicas, necessitando de reformulações, para ser inserido novamente em âmbito social e familiar. Faço embasamento sobre, vida social, reinsertão, CAPSad e acolhimento, como suporte terapêutico de trabalho, a equipe multiprofissional centrada nos cuidados e atuação disposta a compor um grupo humanizado.

Com destaque enfoco o resgate da cidadania ao portador de transtornos mentais e aos dependentes de álcool e outras drogas, através da inclusão social, reinserção familiar e respeito aos seus direitos e liberdade, garantindo lhes a livre circulação e interação com a comunidade. Este gráfico engloba a necessidade em referenciar o usuário no cenário do Hospital Psiquiátrico e como meta, encaminha-lo ao Centro de Atuação Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), o enfermeiro como agente na promoção de cuidados será o responsável por esta ação. Os CAPSad são serviços de saúde para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas.

A política de atenção a álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internações em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamento). Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central ao atendimento aos usuários, dependentes de álcool e outras drogas. (Brasil, 2011)

Outro ponto chave neste plano de ação é o Acolhimento, que conceituado segundo a Bvsm, como: Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo [...].O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamentos de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Na segunda figura intitulada “Enfermagem como agente da ação”, dou enfoque ao enfermeiro frente a equipe de enfermagem, sendo ele o agente da ação e gestor de cuidados, utilizando diagnóstico de enfermagem a fim de propor e compor o projeto terapêutico singular. Se falamos em enfermeiro gestor de cuidados o verbo cuidar, não difere de outras áreas de atuação em saúde. Outras áreas de atuação em saúde.

Segundo Leopardi 1999, é fundamental que os enfermeiros estudem e compreendam as correntes filosóficas que apoiam as teorias para então avaliar a probabilidade de utilização dessas no seu cotidiano do cuidar. Pois as teorias são tão importantes para a assistência profissional quanto para a técnica de comunicação ou a interação, uma vez que serão elas a guiar o contexto assistencial.

Loyola, afirma que o cuidado em saúde mental e psiquiátrica é uma assistência baseada no entendimento de que o papel da enfermagem psiquiátrica é o agente terapêutico. E que tal

ação terapêutica se baseia no relacionamento estabelecido com o paciente a partir da compreensão do significado do seu comportamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de estudo foi desenvolvida sobre a problemática assistência de enfermagem, em saúde mental, frente aos usuários de crack, visando contribuir para uma implementação de cuidados humanizados e qualificados pautados no Plano de Humanização do SUS.

A vivência junto a esta equipe revela uma caminhada a ser trabalhada, a partir do cuidado assistencial a ser prestado a um ser humano, sem rótulos ou braços da justiça e sim como profissionais frágeis, humanos, com dupla jornada, insatisfação, carga horária incompatível com o descanso necessário.

Mais conscientes que em nossa profissão devem prevalecer à responsabilidade social, humana e ética frente aos usuários de crack, excluídos, mas para nós serão agentes do nosso olhar, atenção e cuidados.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 11, n. 3, p. 491-494, Jul./Set., 1995.

AMESTOY, S.C, SCH WARTZ, E, THOFEHRN, M.B. **A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem**. Rev. Acta Paulista enfermagem, São Paulo, v 19, n.4, p. 444-449, out/dez.2006.

BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**/Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.364 p.

CORBANI, NMS. BRÊTAS, A.C.P; MATHEUS, M.C.C. **Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?** Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.62, n.3, p.349-354, maio/jun.2009

DUALIBI LB, Ribeiro M, Laranjeira R. **Profile of cocaine and crack users in Brazil**. Cad. Saúde Pública 2008; 24[suppl.4]:545-57

KESSLER, Felix; Pechansky, Flavio. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade**. Rev Psiquiatr RS. 2008;30(2):96-98.

LOYOLA, CM. **Enfermagem: esta pratica(des)conhecida**. Saúde em foco, Rio de Janeiro, 1997, 16(6):5-6

OLIVEIRA LG; Nappo AS. **Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado**. Rev Saúde Pública 2008;42(4):664-71

PERRENOUD, L.O.; Ribeiro, M. **Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: O tratamento do usuário de crack**. Ronaldo Laranjeira e Marcelo Ribeiro ORGs. 2ª. Ed,Porto Alegre, Artmed 2012.

PULCHERIO, Gilda ; Anderson Ravy Stolf², Márcia Pettenon³, Daniel Pulcherio Fensterseifer⁴, Felix Kessler⁵. **Crack – da pedra ao tratamento**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (3): 337-343, jul.-set. 2010.

RIBEIRO M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. **High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study**. Addiction.2004; 99, 1133–1135.

RIBEIRO M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. **Causes of death among crack cocaine users**. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28(3):196-202

RIBEIRO M, e Laranjeira, R.(2012) **O tratamento do usuário de crack**. Artemed. Porto Alegre, 664 p.

SCIELO, Leopardi MT, Santos I, Sena RR, **Tendências de enfermagem no Brasil; Tecnologias do cuidado e valor da vida**. Anais 51º CBE, 10º Congresso Panamericano de Enfermagem, 200, Florianopolis(SC), Brasil Florianopolis(SC): ABEN, 200, p. 147-73.

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais**: História e Conceitos. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, Jan./Abr., 2002.

ACOLHIMENTO, disponível em:<<http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>

CHEGADA DO CRACK NO BRASIL, DANOS NEUROLÓGICOS, disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer>>

DEFINIÇÃO DE CRACK, disponível em:<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Crack>>

MINISTERIO DA JUSTIÇA E FUNDAÇÃO DIVULGAM RESULTADO DA MAIOR PESQUISA SOBRE CRACK NO MUNDO, disponível em:< <http://www.agencia.fiocruz.br/ministerio-da-justica-e-fundacao-divulgam-resultado-da-maior-pesquisa-sobre-crack-no-mundo>>