

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

KALLEN DETTMANN WANDEKOKEN

**PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
USUÁRIO DE CRACK: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

**VITÓRIA
2011**

KALLEN DETTMANN WANDEKOKEN

**PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
USUÁRIO DE CRACK: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira.

VITÓRIA
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

W245p Wandekoken, Kallen Dettmann, 1986-
Proposta de sistematização da assistência de enfermagem
ao usuário de crack : desafios e possibilidades / Kallen Dettmann
Wandekoken. – 2011.
224 f. : il.

Orientador: Marluce Miguel de Siqueira.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem - Prática. 2. Crack (Droga). 3. Papel do
profissional de enfermagem. I. Siqueira, Marluce Miguel de. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. III. Título.

CDU: 614

KALLEN DETTMANN WANDEKOKEN

**PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO
DE CRACK: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 01 de setembro de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA



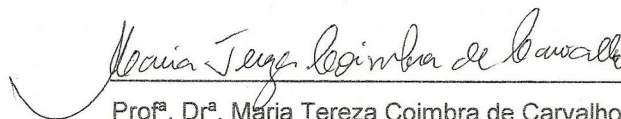
Prof^a Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira

Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



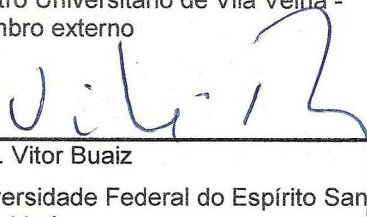
Prof^a. Dr^a. Elizabeth Regina A. de Oliveira

Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno



Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Coimbra de Carvalho

Centro Universitário de Vila Velha -
Membro externo



Prof. Vitor Buaiz

Universidade Federal do Espírito Santo
Convidado

DEDICATÓRIA

Primeiramente dedico este trabalho a *Deus*,
que me deu forças e iluminou meu caminho.
Aos meus pais, *Creuza e Altino*, pelo amor e apoio incondicional.
À minha irmã, *Katler*, pelo incentivo e apoio em todos
os momentos da minha vida;
Ao meu marido, *José Mário*, que de forma especial e carinhosa me deu
força e coragem nos momentos difíceis.
À minha orientadora *Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira* que com
toda a paciência e dedicação me acompanhou
durante essa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a *Deus* por mais essa oportunidade, por ter me incentivado ao bem quando tudo parecia perdido, por todas as coisas maravilhosas e pelas pessoas especiais que tem colocado em minha vida.

Esta dissertação se tornou possível porque obtive apoio de várias pessoas. Existem algumas que eu não poderia deixar de nomear e agradecer. São elas:

Meus pais, *Creuza e Altino*, por todo o cuidado, paciência e incentivo: são anjos em minha vida e estiveram sempre ao meu lado! E por terem me ensinado o valor de um sonho e me darem apoio e estrutura para buscá-lo.

Minha irmã *Katler*, pelo incentivo e apoio aos estudos, pela amizade desde o nosso nascimento e pelos momentos de descontração que foram tão importantes!

Muito especialmente ao meu amado marido, amigo e companheiro *José Mário*, por todo o amor dedicado, pela confiança e apoio incondicional. Por ter me amparado a queda, quando me faltou o chão, levantando-me e me incentivando a seguir em frente. Por suas leituras atentas e colaborações tão importantes na minha dissertação. E ainda, por te me ajudado a acreditar que eu era capaz.

Minhas *tias e primas*, que são mais que especiais, me acolhem e me fazem sentir amparada. Agradeço por terem torcido por mim e orado para que a minha caminhada fosse possível. Em especial, à minha amiga e prima, *Ariadne Dettmann Alves*, que sempre me incentivou a realizar o mestrado e em todos os momentos estava disponível para horas e horas de desabafo! Muito Obrigada!

Minha orientadora e amiga, *Profª Drª Marluce Miguel de Siqueira*. Muito agradeço pela oportunidade, pela confiança e por não medir esforços ao investir em meu crescimento pessoal e profissional. Por ter me proporcionado grandes reflexões no decorrer da produção da minha dissertação e com certeza grandes aprendizados. Sua sabedoria e dedicação permanecerão sempre em minha mente, coração e atitudes.

Minha amiga *Márcia Peixoto César*, pelo entusiasmo que sempre me contagia! E pelo apoio incondicional, não só na produção dessa dissertação, mas nos momentos mais angustiantes que passei.

Minha grande amiga *Carol*, pelo carinho, apoio e amizade tão abençoada que se prolonga por 16 anos!

O grande amigo *Prof. Rubens José Loureiro*, meu orientador na graduação e grande incentivador. Foi durante suas aulas que me apaixonei pela área temática de dependência química. Agradeço pelo convívio e pelas lições de vida.

Minhas amigas, *Bela e Denilda*, que conheci durante o mestrado e se tornaram pessoas muito especiais para mim. Por todos os momentos de desabafo e de descontração que foram essenciais nessa caminhada.

Toda *equipe do CEPAD*, que me acolheu e sempre me proporcionou momentos de grande aprendizado na temática de álcool, tabaco e outras drogas. À grande amiga *Regina*, pelos ouvidos sempre atentos, pelo ombro acolhedor e pelos tantos incentivos nos momentos difíceis.

Os *companheiros do Projeto Ações Integradas*, em especial a *Fátima* e a *Suellen*, pessoas tão maravilhosas que sempre me incentivam!

Toda equipe do *CAPS ad de Vitória*, por terem me acolhido, me apoiado, me fazendo sentir parte da sua história.

E principalmente, agradeço ao *participante* dessa pesquisa, por aceitar compartilhar e generosamente dividir suas diversidades, alegrias e momentos difíceis.

À *Profª Drª Maria Tereza Coimbra de Carvalho* e *Profª Drª Elizabete Regina Araújo de Oliveira* por terem aceito prontamente compor a banca examinadora.

Minhas fraquezas, limitações e deficiências. Foi tentando superá-las que definitivamente venci!

Finalmente, agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização dessa conquista. A *todos vocês* minha enorme gratidão, carinho e respeito.

*"Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar."*

Bertold Brecht

RESUMO

O aumento do consumo de crack acarreta conseqüências devastadoras de ordem biológica, psicológica e social, além de perda de vínculos e impactos para o indivíduo, sua família e a comunidade. Diante disso, cabe à equipe de profissionais, especialmente ao enfermeiro, uma abordagem sistematizada ao usuário de crack, tornando necessário o uso das teorias de Enfermagem. Assim, o objetivo deste estudo é propor uma estratégia de atenção para o usuário de crack, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad) de Vitória, tendo como sujeito um usuário de crack escolhido de forma aleatória entre os 50 sujeitos de um estudo multicêntrico. A coleta de dados foi realizada por um estudante de psicologia, com a participação da pesquisadora. Foram aplicados o questionário do *padrão de consumo de crack*, a *Escala de Gravidade de Dependência - ASI6*, o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview - MINI Plus* e o *Parental Bonding Instrument*. Foi usada a terminologia NANDA-NIC-NOC como base para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados e procurou-se, à luz do Modelo, identificar as variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Resultados: possibilitou constatar a complexidade que reveste as situações relativas aos estressores intra, inter e extrapessoais, sendo a *falta de conhecimento sobre o controle de uso das substâncias*, o próprio *uso de crack* e a *situação como morador de rua* alguns dos principais, dentre os 25 estressores identificados. Diante disso foram encontrados 15 diagnósticos e para tais foram sugeridas intervenções considerando o ambiente interno, externo e o ambiente criado do paciente, a partir das prevenções primária e secundária. Assim, conclui-se que a atuação do enfermeiro frente aos estressores deve focar na mobilização dos recursos de sistema – tanto internos e externos – para estabilização e conservação da energia, de forma a fortalecer as linhas de resistência e impedir que estas também sejam invadidas. A SAE, então, fundamentada em Neuman se torna uma possibilidade e valiosa ferramenta, apesar dos desafios da temática.

Descritores: Padrões de Prática em Enfermagem, Crack, Estressores.

ABSTRACT

The increase in crack use leads to devastating consequences related to biological, psychological and social order, besides damaging the relationship between the user, his family and community. Therefore, the systematic approach to the crack user is responsibility of the team of professionals, especially nurses, requiring the use of nursing theories. Thus, this study goal was to propose a care strategy for crack users, through the Nursing Care System (SAE, in Portuguese), based on Model Systems Betty Neuman. It is a descriptive and exploratory case study, in a qualitative approach, based on the Neuman Model, realized on Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs (CAPSad) of Vitória, having as subject a crack user chosen at random among the 50 subjects in a multicenter study. The data collection was performed by a Psychology student, with participation of the researcher. Were applied the crack consumption pattern questionnaire, the Dependence Severity Scale - ASI6, the Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI Plus and the Parental Bonding Instrument. It was used the terminology NANDA-NIC-NOC as a basis to link diagnoses, interventions and results. Were sought, in light of the model, to identify the biological, psychological, sociocultural, spiritual and development related variables, considering the data collection made. Results: the study has allowed to see the complexity that surrounds situations relating to intra, inter and extrapersonal stressors. Lack of knowledge about the control of the substances use, the crack use and the homeless situation are some of main stressors, among the 25 identified. Given this, 15 diagnoses were found and interventions were suggested, considering the internal, external and created from the patient environments, considering primary and secondary prevention. Thus, were conclude that nurses' actions in the face of stressors should focus on resource mobilization system - both internal and external - for stabilization and conservation of energy, in order to strengthen the resistance lines and also prevent them from invading. The SAE, based on Neuman becomes a possibility and valuable tool despite the challenges of the theme.

Descriptors: Nursing Standards of Practices, Crack, Stressors.

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde;

ANA - American Nurses Association;

CEPAD - Centro de Pesquisa e Estudo sobre Álcool e outras Drogas;

CONASP - Conselho Nacional de Saúde Previdenciária;

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico;

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem;

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association;

NEAD - Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas;

NIC - Nursing Interventions Classification;

NOC - Nursing Outcomes Classification;

PAA/HUCAM/UFES - Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo;

PAIUAD - Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas;

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas;

SNC - Sistema Nervoso Central;

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde;

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DO CRACK.....	187
1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS E PSÍQUICOS DO CONSUMO DO CRACK.....	22
1.3 ASPECTOS SOCIAIS DO CONSUMO DE CRACK	25
1.3.1 Consumo de crack e o vínculo familiar.....	29
2 A ENFERMAGEM E A ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA	32
2.1 PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	34
2.1.1 Mudanças na Saúde Mental e os reflexos na assistência de Enfermagem, no Brasil	36
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	41
2.2.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem no estado do Espírito Santo.....	47
2.3 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	48
3 O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	52
4 OBJETIVOS.....	63
4.1 GERAL.....	63
4.2 ESPECÍFICOS.....	63
5 PERCURSO METODOLÓGICO: TECENDO OS CAMINHOS.....	64
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	64
5.2 LOCAL DE ESTUDO	65

5.3 SUJEITO DO ESTUDO	67
5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	69
5.5 COLETA DE DADOS.....	69
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	72
6 ELABORANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .74	
6.1 “ÁGUA MOLE EM PEDRA DURA, TANTO BATE ATÉ QUE FURA”- A SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	86
7 “TINHA UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO”- DISCUSSÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	89
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	141
9 REFERÊNCIAS.....	1477
APÊNDICES E ANEXOS.....	17776
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	17777
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL	17979
ANEXO 1 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN.....	180
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – CEP-HCPA-UFRGS	181
ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CEP-CCS-UFES.....	182
ANEXO 4– QUESTIONÁRIO DO PADRÃO DO CONSUMO DE CRACK	183
ANEXO 5– ESCALA DE GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA – ASI6.....	183
ANEXO 6– <i>MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW</i> – MINI PLUS.....	200
ANEXO 7 – PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI).....	Erro! Indicador não definido.
ANEXO 8 – INSTRUÇÕES PARA ALICAÇÃO DO PBI..	Erro! Indicador não definido.

>>

APRESENTAÇÃO

*Há memórias que moram na cabeça, muito úteis.
Se nos esquecemos delas, cuidado,
pode ser Alzheimer se anunciando!
Essas memórias não doem,
são informações que levamos no bolso, ferramentas.
Mas há outras memórias que moram no coração,
são parte da gente.
(Rubem Alves)*

A assistência ao usuário de crack, por se tratar de tema complexo, tem sido marcada por diversas incertezas, dificuldades e profissionais pouco ou nada capacitados na temática. Atualmente essa questão se encontra em maior evidência devido às proporções que vem adquirindo em notícias na mídia (muitas vezes distorcidas) e nas tentativas de formulações de políticas que possam gerar respostas para o enfrentamento desta problemática.

O fato é que a preocupação com a temática de uso do crack faz parte da minha trajetória como enfermeira e passou a fazer parte da minha história. A escolha do tema e depois do objeto deu-se no início pela necessidade de compreender a temática da dependência química e de como o enfermeiro poderia atuar diante de tantos aspectos –biopsicosócio e espirituais- envolvidos.

Assim, na época em que era acadêmica no curso de Enfermagem pude observar uma lacuna curricular diante da temática de Saúde Mental e, mais especificamente, Dependência Química. Preocupada com estas questões e sabendo se tratar de um problema complexo, multifatorial, de diversas complicações que atinge a família e a comunidade do indivíduo, percebi que o tema deveria ser, de alguma forma, melhor trabalhado durante a graduação. Só assim, poderíamos pensar em melhoria de atendimento a esses usuários.

Como futura enfermeira, não poderia esperar que ‘algo acontecesse’. Fui convidada, no decorrer das disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria, para atuar como voluntária no Centro de Apoio ao Dependente Químico (CADEQ), onde atuei por quase cinco anos. Neste espaço pude ter uma aproximação com a temática e a cada ano meu interesse e inquietações eram maiores. Logo no primeiro ano criamos

um projeto de extensão no CADEQ, que se iniciou em 2005 e está em vigência até hoje, possibilitando que os alunos de diversas áreas possam ter experiências práticas e teóricas com a temática.

Logo em seguida fundamos uma Liga Acadêmica de Dependência Química (LADEQ). Esta, que também está em vigência até a atualidade, tem o objetivo principal de promover um espaço entre acadêmicos de diversos cursos e faculdades sobre a temática de dependência química. São discussões maravilhosas, proporcionadas por profissionais convidados e dispostos a trocar experiências, além de discussões entre o próprio grupo.

Foram experiências como essas, na minha graduação, que me possibilitaram ter um subsídio teórico e prático para lidar com esse universo, estreitar-me com a área e assim compreender um pouco da dinâmica e complexidade da dependência química e do uso de crack. Surgiram então diversas inquietações, de forma que procurei me dedicar a estudar o uso do crack devido à expansão do número de usuários (como demonstram diversos estudos que serão apontados nesta pesquisa); a escassa produção científica, principalmente em relação ao estado do Espírito Santo (onde se dá a minha trajetória como enfermeira); a necessidade de conhecer a realidade dos usuários para criação de estratégias de intervenção e consolidação das políticas públicas e ainda um fato preocupante que constatei por diversas vezes na prática de Enfermagem, e em pesquisas: a velocidade da destruição da vida mental e social do indivíduo.

Assim, diante de tantas inquietações relacionadas ao assunto e à minha atuação como enfermeira, questiono:

- Como o profissional enfermeiro, baseado em evidências científicas, deve atuar na assistência ao usuário de crack a fim de contribuir para o aumento dos índices de aderência ao tratamento e de manutenção da abstinência?
- Qual a importância de se operacionalizar a Sistematização de Assistência de Enfermagem ao usuário de crack?
- Como isso deve ser realizado e que modelo teórico é o mais adequado, neste contexto?

Assim, iniciei o Mestrado em Saúde Coletiva no ano de 2010 e fui convidada pela minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marluce Miguel de Siqueira, a participar do Centro de Pesquisa e Estudo sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) - antigo Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas (NEAD)¹ - da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a atuar no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) da mesma universidade. Essas experiências foram de grande importância para definição da minha linha de pesquisa e da temática que me motiva a pesquisar.

Esta dissertação, então, insere-se na área de concentração: *Política e Gestão em Saúde* do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. A pesquisa é um subprojeto que faz parte de um estudo multicêntrico, que incorpora conceitos do projeto “Ações Integradas” - proposto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) – em consonância com o decreto nº. 7179, o qual institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas promulgado pelo governo federal em 2010 (BRASIL, 2010). O estudo, dessa forma, está sendo desenvolvido em seis capitais brasileiras - Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Brasília e Salvador - por meio de uma parceria entre a SENAD e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DUARTE; PECHANSKY, 2008). No Centro Regional Vitória-ES, o estudo referido será realizado pelo CEPAD, o qual vem desenvolvendo vários estudos e pesquisas nesta temática desde a sua criação em 1996.

É importante salientar que o estudo multicêntrico possui caráter quantitativo e no caso desta pesquisa, devido às motivações já mencionadas, o foco será a visão qualitativa de um estudo de caso, de forma que seja realizada uma análise aprofundada da situação de um usuário de crack a fim de propor uma estratégia de atuação para o enfermeiro. Para tanto, foi escolhido um modelo teórico de Enfermagem – o Modelo de Sistemas de Betty Neuman – a partir da minha filosofia de Enfermagem que é composta de minhas próprias crenças, preocupações, valores e conhecimentos que são em grande parte relacionadas a métodos e teorias científicas.

¹PORTUGAL, F. B. et al. Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas: Uma Experiência de Interdisciplinaridade. **Revista Enfermería Herediana**, v. 2, n. 1, p. 52-56, 2009.

As bases do modelo são o relacionamento de um indivíduo ao estresse, a reação do indivíduo ao estresse e a capacidade de retornar ao estado de bem-estar do indivíduo original, baseando-se em uma abordagem holística.

Ressalto que esta pesquisa não se destina a encontrar todas as respostas para as inquietações apontadas, mas sim discuti-las, o que possibilitará, de forma crítica, diversas reflexões sobre a temática.

Para melhor compreensão, esta dissertação está estruturada em dez capítulos:

No *primeiro capítulo* há uma revisão sobre questões importantes do uso do crack, da epidemiologia e de aspectos biológicos, psicológicos e sociais do consumo.

No *segundo capítulo* o foco será a Enfermagem e a atenção à saúde, passando pelas mudanças que ocorreram na área de saúde mental e os reflexos na assistência de Enfermagem e ainda aspectos da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE).

No *terceiro capítulo* será discutido o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o qual fundamenta esta pesquisa. E nos dois capítulos seguintes serão apresentados os objetivos e a metodologia, respectivamente.

Já no *sexto capítulo*, por meio da coleta de dados, foi iniciada a elaboração da SAE, apresentada por meio de um quadro no *sétimo capítulo* e discutida no *oitavo capítulo*.

E no *nono capítulo* são feitas as considerações e reflexões finais, sendo que por último está exposta toda a bibliografia usada no decorrer da pesquisa.

Desejo a todos (as) leitores (as), uma boa leitura!!!

INTRODUÇÃO

*Não se preocupe em entender.
Viver ultrapassa todo entendimento.
Renda-se como eu me rendi.
Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei.
Eu sou uma pergunta.
(Clarice Lispector).*

Crack é uma substância psicoativa produzida a partir da cocaína, sendo uma apresentação alcalina e volátil a baixas temperaturas o que torna o consumo possível de ser inalado - fumado em “cachimbos” (RIBEIRO; LARANJEIRA; DUNN, 1998). Aratangy (2009, p. 89) ressalta que:

A mistura de cocaína com uma substância básica (soda cáustica ou bicarbonato de sódio, por exemplo) faz com que a droga cristalice, isto é junte-se em pequenas pedras. Os cristais podem, então, ser fumados, ao contrário da cocaína em pó, que se decompõem quando aquecidos. Como a área de absorção nos pulmões é de 200 vezes maior que a via nasal, em menos de 15 segundos os vapores atingem o cérebro.

Nesse sentido se observa que o crack é derivado da cocaína e para tanto é necessário esclarecer que a cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída das folhas da planta *Erythroxylon coca*, podendo ser consumida sob a forma de cloridrato de cocaína (“pó”), um sal hidrossolúvel que pode ser aspirado (uso intranasal) ou injetado (uso endovenoso) (BENOWITZ, 1992).

O consumo de cocaína, então, ocorre milenarmente pelos povos pré-incaicos e pré-colombianos e se popularizou na Europa e Estados Unidos a partir do século XIX, na forma de tônicos gaseificados e vinhos (KARCH, 1998). E foi neste mesmo período que se obteve o princípio ativo sendo que a partir daí a substância era consumida com propósitos médicos e recreativos (FERREIRA; MARTINI, 2001).

O fato é que com o surgimento de complicações agudas e crônicas decorrentes do consumo, a droga foi proibida nos principais países ocidentais, a partir dos anos 10 e 20 (CARNEIRO, 1993; CARLINI et al., 1996).

Já no início da década de 1980, a substância ganhou destaque novamente, mas entre as sociedades ocidentais, como uma droga glamorizada, relacionada ao ambiente *workaholic* dos grandes centros urbanos (JONNES, 1996).

Este contexto foi modificado no Brasil cerca de dez anos depois, com o surgimento do crack, que se disseminou de forma rápida em locais socialmente excluídos, sendo os meninos em situação de rua e os usuários de drogas injetáveis (UDIs) seus principais adeptos (NAPPO; GALDURÓZ, 1994).

Assim, a inalação do vapor expelido da queima de pedras, manufaturadas a partir do “cozimento” da pasta básica (cocaína), combinada com bicarbonato de sódio, quando queimada em cachimbos produzia um ruído típico de estalo, tendo sido, por isto, chamada de “crack” (INCIARDI, 2002; KESSLER; PECHANESKY, 2008).

Diante disso, as pesquisas realizadas observaram também que muitos antigos usuários de cocaína passaram a usar a via fumada ao invés da injetada (INCIARDI et al., 2006). E ainda, Falck, Wang e Carlson (2007) identificaram que em geral, o uso de crack ocorre durante um período prolongado de tempo (muitas vezes dias seguidos), acarretando maiores complicações. Dessa forma, se faz necessário um entendimento maior sobre a epidemiologia do consumo do crack.

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DO CRACK

Desde o surgimento do crack, pesquisas apontam um aumento acelerado do consumo dessa substância. Assim, uma pesquisa realizada no ano de 2001, com abrangência mundial, detectou que a cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial, com predomínio maior nas Américas (UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION - UNODC, 2001). Já dados de 2007 apontam que o número de pessoas que fizeram uso de cocaína ao menos uma vez na vida é estimado em uma faixa entre 16 e 21 milhões (UNODC, 2009).

Nestes relatórios internacionais ainda se observam que o mercado da cocaína continua sendo mais expressivo na região da América do Norte, seguido pela

Europa Ocidental, Central e América do Sul, sendo que no Brasil, o número de usuários triplicou nos últimos 10 anos (UNODC, 2009).

Vale mencionar, ainda, que o primeiro relato de uso do crack, no Brasil, ocorreu em São Paulo em 1989, sendo que somente dois anos depois houve a primeira apreensão policial da droga. O fato é que a partir desses acontecimentos o número de apreensões apresentou um grande progresso: de 204 registros em 1993 para 1.906 casos em 1995, apontando a rápida popularização de crack em território brasileiro (INCIARDI, 1993).

No início da propagação do consumo, os meninos de rua e os usuários de drogas injetáveis eram os principais adeptos do uso de crack (DUNN; FERRI; LARANJEIRA, 2001). Mas, devido às características da droga e fatores já mencionados anteriormente, logo a seguir os levantamentos já apontavam uma mudança no perfil dos usuários de crack, nos quais em 2004, por exemplo, cerca de 2% dos estudantes brasileiros já haviam usado cocaína pelo menos uma vez na vida e 0,2%, o crack (GALDURÓZ et al., 2004).

Nesse contexto, é interessante destacar os levantamentos epidemiológicos que foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), que se iniciaram no final da década de 90. Assim, em 1999, o CEBRID realizou um levantamento domiciliar, abrangendo as 24 maiores cidades paulistas, constatando que o uso na vida de cocaína foi de 2,1%, e o de crack foi de 0,4%, sendo maior na faixa etária entre 26 – 34 anos (4,0%) (GALDURÓZ et al., 2000).

Em 2001, o I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado nas 107 maiores cidades do país, indica que o uso na vida de cocaína foi de 2,3%, com maior prevalência nas regiões Sul (3,6%) e Sudeste (2,6%), na faixa etária entre os 25 - 34 anos (4,4%), com predominância do sexo masculino (7,2%). E ainda que o uso na vida de crack foi de 0,7% para o sexo masculino e o uso de merla (uma forma de cocaína) com 1,0% na região Norte - o maior índice do Brasil - com 1,2% (crack) e 0,5% (merla) (CARLINI et al. , 2002).

Do mesmo modo, o II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID nas 108 maiores cidades brasileiras aponta dados alarmantes, uma vez que 2,9% dos entrevistados afirmaram ter usado

cocaína ao menos uma vez na vida e 0,7% usaram crack. Na região Sudeste, esse índice chegou a 3,9% em relação à cocaína e 0,9% ao crack, e na região Sul, 3,1% usaram cocaína e 1,1% o crack (CARLINI et al., 2007).

Assim, apesar de todos os esforços para o controle, no período de 2001 a 2005, se observou o aumento do uso na vida de crack pela população geral, especialmente nas regiões brasileiras Sudeste e Sul (CARLINI et al., 2007).

Outros estudos foram realizados ainda em populações específicas, como estudantes de ensino médio e fundamental. Destaca-se o último levantamento realizado pelo CEBRID nas 27 capitais brasileiras, em 2004, verificando que o uso de cocaína entre os estudantes de até 18 anos foi de 2%, sendo que na região Norte atingiu 2,9% e no Sudeste 2,3%; e o uso de crack nessa população foi de 0,7% (GALDURÓZ et al., 2004).

É necessário ainda mencionar um levantamento nacional que entrevistou 50.740 alunos de 673 escolas, públicas e privadas do ensino fundamental e médio de 14 capitais brasileiras: Belém, Brasília, Cuiabá, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Maceió, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória, em 2001. Neste foi verificado que o consumo na vida de cocaína foi de 1%, o crack e a merla de 0,5% e as drogas injetáveis, com um valor de 0,3%, sendo mais prevalente entre os meninos, e que aumenta com o avançar da idade em ambos os sexos (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005).

Entretanto, segundo Kessler e Pechansky (2008), estudos de natureza epidemiológica que são realizados em escolas têm como viés a obtenção de dados apenas dos alunos que estão matriculados e que estavam presentes na sala de aula no dia da coleta. O fato é que pelas características peculiares, o crack não é uma droga que permita a convivência em ambiente de ensino e por isso os resultados obtidos provavelmente estão subestimados.

Corroborando com essas idéias, é interessante destacar o V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, realizado também pelo CEBRID, em 2002. Neste, entre vários resultados importantes, destaca-se que o uso freqüente de crack foi mencionado na maioria das capitais, com maior índice de uso recente em São Paulo, Recife,

Curitiba e Vitória, variando entre 15 e 26% - índices maiores do que os encontrados nos levantamentos com estudantes, já mencionados anteriormente. Nesta população específica, o uso de crack se iniciou no final da década de 80, nos estados das regiões Sul e Sudeste, com uma tendência de aumento progressiva como indica os levantamentos realizados pelo CEBRID (NOTO et al., 2003).

Considerando então que entre as capitais mais citadas pelos estudos epidemiológicos realizados no país é Vitória (capital do estado do Espírito Santo), é interessante citar algumas questões específicas dessa população, relacionadas ao estudo anteriormente citado. Neste, foi observado por Oliveira e Nakamura-Palácios (2003) que de 20 adolescentes entrevistados, 3 fizeram uso no mês de coca (sendo que os 3 haviam usado crack no mês) e que 50% apresentavam menos de 15 anos.

Nesse sentido, destaca-se uma pesquisa de Siqueira et al. (2007) em que apontam que as substâncias ilícitas mais utilizadas no estado do Espírito Santo foram, em ordem decrescente, maconha, cocaína, crack e sedativos. Consta também que o crescimento vertiginoso no estado de usuários de crack até o ano de 2000 não foi tão significativo, mas nos últimos dois anos teve um crescimento importante, sendo que a substância é responsável por um aumento do número de internações hospitalares, não só na classe baixa, mas atingindo também as classes média e alta, como mencionam os autores.

O fato é que Dunn et al. (1996) já apontavam que em meados dos anos 90, os usuários de cocaína e crack passaram a ser o grupo de usuários de drogas ilícitas que mais procuravam tratamento nos ambulatórios e serviços de internação para dependência de substâncias psicoativas. Da mesma forma, Aratangy (2009) afirma que no início da década de 90, menos de 10% das internações em dependência química era relacionada ao uso de crack, e já no final da década essa taxa sobe para 80%.

Corroborando com esses dados, Kessler e Pechansky (2008) afirmam que recentemente um estudo coordenado pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em cinco centros de tratamento ambulatorial e hospitalar de quatro capitais brasileiras constatou que 39,4% haviam procurado os serviços devido ao uso de crack.

Desse modo, Siqueira, Barbosa e Laranjeira (2008) mencionam ainda que se torna imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção à comunidade associada à rede de serviços sociais e de saúde. Sendo que a ênfase deve ser na reabilitação e reinserção social dos usuários, sempre considerando a oferta de cuidados baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada.

Kessler e Pechansky (2008) apontam ainda que, no Brasil, não foi realizada uma avaliação sobre o número de dependentes de crack na população uma vez que para tal seriam necessários métodos de aferição mais complexos.

Assim, diante do aumento do consumo de crack observado nos levantamentos epidemiológicos que foram descritos, o que mais preocupa é a repercussão devastadora das consequências do uso. O fato é que o consumo indevido dessa substância está associado a inúmeros problemas de ordem biológica, psicológica e social, além de possibilitar na maioria das vezes a perda de vínculos importantes e consequências tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade onde ele se encontra inserido.

1.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS E PSÍQUICOS DO CONSUMO DO CRACK

Como mencionam Haim et. al (1995), o crack é considerado a forma com maior potencial de dependência da cocaína, além de ser o método preferível por muitos usuários por proporcionar efeitos eufóricos segundos após a sua inalação. Sendo a droga absorvida diretamente nos pulmões, o seu uso possibilita uma rápida ação da droga no cérebro, obtendo efeitos mais estimulantes e muitíssimos prazerosos para o usuário, o que caracteriza a ‘fissura’² quase incontrolável, descrita por muitos usuários (KESSLER; PECHANSKY, 2008; INCIARDI, 2002). No entanto, este efeito desaparece em poucos minutos (aproximadamente 5 minutos) fazendo com que o usuário recorra à substância repetidas vezes (CEBRID, 2008).

² Fissura ou *craving* é o fenômeno descrito como desejo urgente e quase incontrolável que invade os pensamentos do usuário de drogas, alterando o seu humor e provocando sensações físicas e modificação do seu comportamento (KESSLER; DIEMEN; PECHANSKY, 2004, p. 305).

No sistema nervoso central, segundo Nappo (1996), a droga age diretamente sobre os neurônios, bloqueando a captura do neurotransmissor dopamina, ou seja, a mantém por mais tempo nos espaços sinápticos, contribuindo para que as atividades motoras e sensoriais sejam superestimuladas. Dessa forma, o crack aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca, além de provocar risco de convulsão, infarto e derrame cerebral.

E ainda, após o uso repetido da substância, podem surgir outras conseqüências cardíacas e circulatórias, como: vaso constrição, arritmias, isquemias (RODRIGUES et al., 2006) e hipertensão (TULLER et al., 2007).

Outra constatação importante em relação ao uso do crack é que devido ao custo e dificuldade de portabilidade dos cachimbos, foi observado que os usuários passaram a improvisar e desenvolver novas maneiras de uso. Uma delas é por meio de latinhas de alumínio furadas e com auxílio de cigarro, que aumentam a combustão. Essa forma, além de maiores riscos de queimadura, está associada a danos no Sistema Nervoso Central (SNC) devido aos níveis de alumínio no sangue dos usuários (INCIARDI et al., 2006).

Quanto ao risco de HIV, destaca-se uma pesquisa realizada por Pechansky et al. (2006), concluindo que o perfil dos indivíduos que fazem uso do crack é muito próximo aos que usam cocaína injetável por apresentarem baixo nível socioeconômico e maior tendência a trocar sexo por droga, o que contribui para uma altíssima taxa de soroprevalência. Além disso, em um estudo qualitativo de Nappo, Sanchez e Oliveira (2010) identificou-se que os usuários de crack se expõem a riscos consideráveis para a infecção com doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, devido ao contato do sêmen de seus parceiros com suas feridas abertas causadas pelo uso dos cachimbos improvisados.

Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) concluem ainda que o uso inconsistente de preservativos por usuários de crack é freqüente, sendo que a urgência pela droga prevalece em relação às necessidades que antes eram importantes.

Assim, diante da expansão do uso do crack, um fato muito preocupante é a velocidade da destruição da vida mental, orgânica e social do indivíduo. Na maioria dos casos, os dependentes químicos apresentam alterações em extensas áreas

corticais, principalmente na área frontal e temporal, além de estruturas subcorticais e gânglios da base. Estas alterações se associam com padrões alterados de ativação durante tarefas cognitivas, inibição e tomada de decisões (VERDEJO-GARCIA, 2007).

O uso crônico de crack, como concluíram Oliveira et al (2009) em uma pesquisa recente, parece perturbar o funcionamento cognitivo geral, memória verbal, e recursos de atenção, mas os resultados, segundo os autores, sugerem que alguns destes efeitos podem ser revertidos pela abstinência.

E ainda em uma pesquisa de Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) realizada com 30 usuários de crack, são destacados como riscos de complicações físicas decorrentes do uso da droga o emagrecimento, a insônia e a overdose. O emagrecimento foi o mais citado entre os três, de forma que a falta de apetite, inquietação psicomotora e as longas caminhadas em busca pela droga nos episódios de fissura contribuem para tal constatação. Já a insônia é mencionada devido aos próprios efeitos excitatórios da droga bem como pela fissura do uso de crack.

Quanto ao emagrecimento, alguns autores mencionam que é um efeito característico do usuário de crack que, muitas vezes, em menos de um mês perdem muito peso (8 a 10 Kg) e logo deixam de se preocupar com noções de autocuidado como a higiene pessoal (CEBRID, 2008; TULLER et al., 2007).

É mencionado ainda pelos autores que estas complicações físicas estão intimamente ligadas aos efeitos psíquicos que são justificados pela propriedade excitatória da droga. Por conseguinte citam ainda que os riscos decorrentes dos efeitos psíquicos do uso do crack são: lesões físicas relacionadas às brigas, os comportamentos sexuais arriscados (já citados anteriormente), a detenção policial e a perda de vínculos (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Devido ainda a essa propriedade excitatória do crack, é constatado que o uso repetitivo e intenso da substância contribui para que o usuário sinta muito cansaço e depressão. E para tanto, a tendência em muitos casos, é aumentar o consumo a fim de restituir o bem-estar o que pode levá-lo a comportamentos violentos em função da hipervigilância, além de tremores, irritabilidade e paranóia (RODRIGUES et al., 2006).

Ainda se deve destacar os problemas decorrentes da Síndrome de Abstinência do crack, que para Figlie, Bordin e Laranjeira (2004) é dividida em três fases, sendo que a primeira se inicia logo após o último uso e a última pode durar meses: 1- *crash* – sintomas de redução do humor e de energia, fadiga, *craving*, depressão, ansiedade, paranóia, hipersonolência (dura de 8 horas a 4 dias); 2- abstinência – se inicia em 12 a 96 após o *crash* tendo a anedonia como principal sintoma contrastada com memória eufórica do uso, além de *craving*, ansiedade, fadiga, alterações psicomotoras (tremores, dor muscular, entre outros); e 3- extinção – ocorre resolução dos sintomas anteriores, mas o *craving* ainda pode aparecer eventualmente devido às lembranças do uso.

Outro ponto importante diz respeito aos problemas relacionados às comorbidades psiquiátricas como transtornos de personalidade e de humor, associado ao uso do crack, como é descrito por Kessler et al. (2008).

Nesse sentido, é interessante destacar um estudo de Falck et al. (2004) com uma amostra de 313 usuários de crack, que detectou que 37,7% apresentavam também dependência de álcool, 24% transtorno da personalidade anti-social, 17,8% depressão, 12,1% dependência de maconha e 11,8% transtorno de estresse pós-traumático, sendo que a taxa de abstinência, após 6 meses de acompanhamento, foi de apenas 19,9%.

Não se pode deixar de citar o fenômeno das crianças intoxicadas por essa droga durante a gravidez (*crack babies*). Sabe-se que o uso de crack durante a gestação pode desencadear abortos espontâneos, prematuridade, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais. Além disso, aqueles que nascem vivos podem apresentar retardo mental ou outros transtornos mentais e comportamentais que trarão sérias conseqüências para suas vidas (LITT; MCNEIL, 1997; LYONS; RITTNER, 1998).

1.3 ASPECTOS SOCIAIS DO CONSUMO DE CRACK

O primeiro estudo realizado no Brasil sobre o uso de crack foi em 1989, em São Paulo, com 25 indivíduos que faziam uso da droga. Sobre o perfil dos usuários o

estudo concluiu que em sua maioria eram homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas (NAPPO; GALDURÓZ, 1994; FERRI, 1999).

O fato é que, neste estudo, quando se comparou os usuários de crack com os que faziam uso de cocaína de forma intranasal, os primeiros pareciam possuir um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco de efeitos adversos da droga e ter mais chance de morar ou ter morado na rua. E ainda detectou que apresentavam mais problemas sociais e de saúde (NAPPO; GALDUROZ, 1994; FERRI, 1999).

Entretanto em 2001, o estudo de Nappo et al. (2001) verificou que o usuário de crack passou a figurar também entre aqueles com maior poder aquisitivo, apesar de ainda ser mais prevalente na classe baixa.

Corroborando com essa informação, em 2006, o Escritório das Nações Unidas – UNODC – ressalta o uso de crack por todas as classes sociais:

Atualmente a maior parte dos “craqueiros” conhecidos é proveniente das camadas mais desprivilegiadas da população. Isso não significa que não haja usuários de outras classes sociais, mas, além, de menos numerosos, estes conseguem utilizar suas condições de classe para garantir maior discrição às suas práticas ilícitas e um abrandamento das próprias seqüelas negativas (UNODC, 2006).

O fato é que o baixo preço do crack, se comparado com o uso da cocaína, atrai consumidores com baixo poder aquisitivo. Mas, conforme apontam alguns pesquisadores, o uso do crack está associado à severidade e dependência (DUNN et al., 1999; FERRI, 1999; NAPPO, 1994). Dessa forma, apesar de o valor unitário da pedra ser inferior, os usuários costumam fazer uso prolongado da substância e o prejuízo financeiro é bem maior.

Kessler e Pechansky (2008) mencionam, no entanto, que apesar de a mídia brasileira relatar casos de uso de crack nas classes média e alta, esses fatos ainda requerem evidências científicas de que esse índice seja alarmante. E ainda afirmam que o uso de crack nessa população pode estar associado à comorbidades psiquiátricas, como transtornos de personalidade e de humor.

Assim, uma revisão sobre o perfil dos usuários de crack realizada por Dualib, Ribeiro e Laranjeira (2008) aponta que em sua maioria são indivíduos jovens, de classe social baixa e do sexo masculino.

Segundo Nappo et al (2001) em função da sensação de urgência pela droga (fissura) e na falta de condições financeiras, o usuário muitas vezes busca participar de atividades ilícitas (tráfico, roubos e assaltos). Isso piorou com a inclusão das mulheres na cultura do crack que, ao trocarem sexo pela droga ou dinheiro, submetem-se ao risco de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

E ainda nas pesquisas de Siegal et al. (2002) e Schifano et al. (2008) constatou-se que usuários de crack apresentam problemas com relação à criminalidade. Do mesmo modo, Ribeiro et al. (2006) em uma corte realizada em São Paulo por 5 anos, com 131 usuários de crack, conclui que as maiores causas de morte eram homicídios e AIDS.

Nesse sentido, é interessante destacar uma pesquisa de Ferreira Filho et al. (2003) sobre o perfil sócio-demográfico de dependentes de cocaína internados em hospitais psiquiátricos da região metropolitana de São Paulo, concluindo que usuários de crack estão mais expostos a situações de violência, o que sugere maior vulnerabilidade e aumento de fatores de risco para a saúde dessa população.

Para Kessler e Pechansky (2008) a relação entre o uso de crack e mortalidade não é direta, mas é fato que o índice de mortalidade entre os usuários é grande. Assim, segundo os pesquisadores, os óbitos estão mais relacionados comumente a elementos do tráfico, à disputa entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia do que aos problemas decorrentes do uso da droga em si.

Corroborando com esses dados, uma pesquisa de seguimento realizada em São Paulo com 131 usuários de crack, durante 2, 5 e 12 anos constatou que a taxa de mortalidade era extremamente elevada e, provavelmente, mais relacionada a fatores socioeconômicos, em vez de o próprio consumo, sendo o homicídio a causa mais comum (DIAS et al., 2008). Ou seja, se observa que a relação entre o uso de crack e mortalidade não é direta.

Do mesmo modo, Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) mencionam como riscos para o usuário de crack decorrentes da ilegalidade da droga: a violência nas “bocadas” originadas tanto do grupo de traficantes quanto da polícia. A primeira diz respeito ao que ocorre quando as regras do tráfico são descumpridas como não honrar dívidas com o traficante. E em relação à polícia, os discursos dos usuários de crack que participaram da pesquisa confirmam que ocorre violência quando o usuário tenta negar o uso da droga.

Vários estudos correlacionam o uso da droga a um aumento da agressividade, principalmente em períodos de abstinência dos usuários. A relação entre esse comportamento e a mortalidade nesse grupo é forte, uma vez que as regiões onde há um consumo maior da droga apresentam também altos índices de violência e crimes (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

No entanto, um dado importante é mencionado em pesquisa recente de Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010), quando afirmam que a expectativa de vida do usuário de crack está aumentando devido a importantes mudanças na cultura do uso, como identificação de riscos e desenvolvimento de estratégias empíricas para a sobrevivência, relacionadas ao mercado ilícito de venda da droga, minimizando as situações de violência e morte. A própria amostra desse estudo aponta um tempo médio de uso de crack de 11,5 anos.

Do mesmo modo, na pesquisa de Dias et al. (2008), constatou-se que as mortes declinaram consideravelmente além de apontarem uma estabilização. Isso sugere então o aprendizado de estratégias de proteção, pelos usuários de crack.

Mas Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) ainda afirmam que algumas dessas estratégias podem ser efetivas em curto prazo e apresentarem riscos de longo prazo, como contribuir para uma dependência de álcool e maconha.

Soma-se a isso o fato de que, da mesma forma que a realidade norte-americana, a prioridade dos usuários se foca no consumo de crack de modo que sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o significado (SIEGEL, 1982; INCIARDI et al, 1993; HATSUKAMI, 1996).

Assim, tais atitudes têm interferido negativamente sobre a saúde e funcionamento social do usuário de crack, contribuindo para sua marginalização tanto no contexto micro (como nas redes de uso) quanto macrosocial (comunidades e sistemas de serviço) (CLATTS et al., 2002).

Como se vê, o uso do crack pode ocasionar diversos problemas no aspecto social entre eles os que se relacionam ao componente familiar. Mas, o fato é que as questões relacionadas ao vínculo familiar podem contribuir como causas ou conseqüências do consumo de crack.

1.3.1 Consumo de crack e o vínculo familiar

Segundo Carvalho e Almeida (2003), a família é responsável não apenas pela manutenção das necessidades básicas de seus membros, mas também pela socialização dos mesmos e pela transmissão de normas culturais. Assim, representa uma instância mediadora entre o indivíduo e a sociedade, operando como um espaço de produção e transmissão de práticas culturais.

Corroborando com essas idéias, Mielnik (1999) ressalta que a família é a principal 'agência socializadora' do indivíduo, pois não tem só o papel de educar, mas a função de orientá-los para que desenvolvam de forma plena suas potencialidades com convívio social adequado e gratificante para todos.

Dessa forma, para Gomide (2003), mais especificamente os pais (ou aqueles que estão imbuídos dessa tarefa) seriam 'agentes de socialização' e podem direcionar o comportamento dos filhos a fim de induzir a atitudes que garantam a independência, autonomia e responsabilidade, além de procurar diminuir os comportamentos que julgam ser indesejáveis.

O fato é que a forma como os pais educam seus filhos está intimamente ligada à aquisição de comportamentos adequados, da mesma forma que as famílias, por meio de práticas inapropriadas como pouco envolvimento com os filhos, pouca supervisão e monitoria, punição, diálogos aversivos, entre outros, estimulam comportamentos considerados inadequados (GRANETTO, 2008).

Assim, segundo Nurco et al. (1999) a adversidade familiar, principalmente se ocorrer na primeira infância, pode preceder o aparecimento do consumo de substâncias psicoativas e a associação a colegas na mesma situação, na adolescência.

A disfunção familiar, então, é um dos vários fatores de risco para o uso e abuso de substâncias psicoativas e distúrbios comportamentais e sociais relacionados entre adolescentes e jovens adultos, conforme Person (2000). Essa questão também é colocada por Steinberg (1991) que constatou que jovens de famílias que passam por momentos de transição nas relações interpessoais experimentam dificuldades psicológicas temporárias que podem estar associadas ao uso aumentado de drogas.

Para Bernardy e Oliveira (2010) fatores como sinais de negligência e abandono, agressão física, falta de diálogo familiar e, principalmente, a cultura do uso de drogas no ambiente familiar determinaram a iniciação ao uso de drogas de abuso.

Do mesmo modo, em outros estudos sobre os fatores de risco relacionados à família, que contribuem para o uso de drogas ilícitas, está a rejeição pela família, o fato do filho não se sentir amado, a falta de comunicação, além de conflitos e violência familiar (ZACHARIAS, 2005; DÍAZ NEGRETE; GARCÍA-AURRECOECHEA, 2008; HERNÁNDEZ, 2009).

Ao passo que, segundo Sanchez e Nappo (2005), a informação completa sobre as conseqüências do uso de drogas e os laços afetivos entre pais e filhos, garantidos por sentimentos como a cumplicidade e respeito, parecem ser importantes para a negação de consumo da droga. E, para Medina Arias e Ferriani (2010) em um estudo realizado na Colômbia, foram encontrados fatores protetores como demonstrações de afeto com os filhos, brincar e falar com eles sobre o que eles gostam, a fácil comunicação, tomada de decisões pelo casal, adequada flexibilidade na criação e existência de normas.

Assim, Guo et al. (2002) observou em sua pesquisa que o efeito da ligação da família em relação aos filhos começou a declinar após os 18 anos, enquanto o efeito das atividades anti-sociais de pares anti-sociais começaram a aumentar depois de 15 anos. Com isso, o autor menciona que os pais devem criar um ambiente acolhedor, familiar e de apoio com uma supervisão e controle adequados, principalmente até na infância e adolescência.

Nesse sentido, na revisão sistemática de Wandekoken e Siqueira (2011), é enfatizada a necessidade de valorização e reconhecimento da importância da estrutura familiar na formação do indivíduo, de forma que o modo de interação e funcionamento da família pode influenciar num possível envolvimento com drogas.

Assim, frente às colocações de diversos autores, seguem algumas questões norteadoras desta pesquisa, que apesar de já terem sido apresentadas anteriormente, cabe aqui retomá-las: Como o profissional enfermeiro, baseado em evidências científicas, deve atuar na assistência ao usuário de crack a fim de contribuir para o aumento dos índices de aderência ao tratamento e manutenção da abstinência? Qual a importância de se operacionalizar a Sistematização de Assistência de Enfermagem ao usuário de crack? Como isso deve ser realizado e que modelo teórico é o mais adequado, neste contexto?

Face ao exposto, é necessário percorrer o campo da *atenção à saúde coletiva* com foco na prática de Enfermagem em Saúde Mental, particularmente na atenção aos usuários de substâncias psicoativas, buscando compreender a atuação do enfermeiro aos usuários de crack, diante das implicações decorrentes do consumo e possíveis estressores.

A ENFERMAGEM E A ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

*A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo,
o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!
(Florence Nightingale)*

O SUS enquanto política pública tem seu berço num movimento organizado por intelectuais e médicos insatisfeitos com as políticas de saúde e que buscavam na Medicina Preventiva uma proposta de transformação na prática médica. Estes fazem críticas ao modelo hegemônico, por considerá-lo ineficiente, centralizado no âmbito curativo, no enfoque biologicista, no excesso de especialização e na dissociação entre o saber médico e as reais necessidades da comunidade. Ainda, fazem críticas a visão fragmentada e individualista do homem e a formação acadêmica do médico. (MENDES, 1999).

Este movimento posteriormente, associado a diversos segmentos sociais deram origem ao Movimento Sanitarista que extrapola o âmbito da saúde e luta por uma Reforma do Estado sendo definido como um movimento contra-hegemônico (AROUCA, 2003; FLEURY, 2008) e que apresenta como uma das suas propostas a visão mais ampliada do indivíduo e da saúde.

Já em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde a qual representou um marco na história da saúde do país, caracterizada pela ampla participação popular. Apresentou como pontos de discussão a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento da saúde e se tornou um subsídio para a formulação do SUS (BRASIL, 1996).

E no ano de 1988 é promulgada então a Constituição Federal Brasileira, que define que a saúde é um direito de todos e um dever do estado e se materializa com a institucionalização do SUS, que apresenta em seus princípios doutrinários a universalização dos serviços, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Em relação aos seus princípios organizacionais, propõe a descentralização político-

administrativa, a regionalização, a resolutividade e a participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Assim, essas repercussões em paradigmas e na organização tecno-assistencial em saúde refletem, também, no modelo de formação dos profissionais de saúde, inclusive os de Enfermagem que devem, a partir do conjunto de necessidades do indivíduo, apreender os problemas dos usuários e propor estratégias assistenciais.

De forma que, no processo assistencial de Enfermagem e, em particular, de Enfermagem em saúde coletiva, o profissional atue com uma série de tecnologias – como, os aparelhos, a estrutura física, os procedimentos técnicos, os folhetos educativos, os conhecimentos estruturados acerca da epidemiologia, planejamento em saúde e outros – quanto de tecnologias que envolvem as relações entre os sujeitos – como a escuta, o atendimento humanizado, o vínculo e o respeito pelo outro (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Campos (1994) ressalta que nas relações, é necessário considerar o espaço-tempo interno, em que se deve acolher o outro em seu momento de dificuldade, que não é só biológica; muito pelo contrário, são vários fatores que estão implicados no sofrimento humano. Isto também deve se relacionar à responsabilidade dos profissionais enfermeiros pela ação de saúde, pelo cuidar e por aumentar o coeficiente de autonomia do usuário.

Assim, um dos atuais desafios da Enfermagem e a atenção à saúde coletiva é justamente a necessidade de os profissionais assumirem seu lugar social como sujeitos da ação para uma nova prática de relações, incluindo tecnologias tais como o vínculo, o acolhimento, a autonomização e o estar disponível para as relações (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

Nesse sentido, considerando a saúde mental como parte integrante da saúde coletiva, é fundamental uma reflexão sobre a prática de Enfermagem em saúde mental.

2.1 PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A Enfermagem vem acompanhando progressivamente o desenvolvimento técnico-científico da área da saúde, utilizando-se de normas e procedimentos específicos de forma a atender as necessidades básicas da população, afetadas muitas vezes, pelos novos processos de adoecimento humano (CARRARO; KLEMBERG; GONÇALVES, 2003; SOUZA; SIQUEIRA, 2005; SIQUEIRA et al., 2011).

A princípio é interessante destacar que de acordo com Henderson (1973), há uma estreita vinculação entre os estudos de caso (que será foco dessa pesquisa) e o surgimento dos primeiros planos de cuidado de Enfermagem. O estudo de caso foi, segundo ela, “o precursor dos planos de cuidado de Enfermagem”. Do mesmo modo, pode-se afirmar que os planos de cuidado foram as primeiras expressões do que mais tarde se passou a denominar *Processo de Enfermagem* ou *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE).

Como se vê, a preocupação em estabelecer uma normatização de cuidados individualizados ao usuário vem sendo percebida pela Enfermagem há décadas. Para Ciancirullo et al. (2001) desde 1929, nos Estados Unidos, e em 1934 no Brasil, a utilização de estudos de caso foi inserida nas discussões de ensino e prática, sendo compostos, basicamente, de história da doença, evolução, tratamento médico e cuidados de Enfermagem.

E ainda, segundo Ciancirullo et al. (2001) essa preocupação em orientar as atividades de Enfermagem com respaldo no método científico teve como marco o desenvolvimento e divulgação do Processo de Enfermagem, que ocorreu nas décadas de 1950 e 1960, na literatura norte-americana. No Brasil foi divulgado principalmente por Wanda Horta que publicou em 1979 um livro intitulado *O Processo de Enfermagem* (HORTA, 1979).

Assim, no Brasil, desde a década de 1980, Machado (1980) afirmava que ao conhecer e compreender os problemas dos pacientes, os enfermeiros seriam capazes de aplicar conhecimentos, adaptar planos, fazer juízos clínicos e serem recompensados de estarem assistindo o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. E refere ainda que a assistência de Enfermagem centrada na pessoa não poderia ser avaliada em quantidade, mas sim em qualidade.

Corroborando com essas idéias, Fernandes (1982) em sua dissertação já mencionava essa questão inerente a área de Enfermagem. Para a autora, o ensino e, por conseguinte a prática de Enfermagem (*grifo nosso*), desde o seu início, tem-se estruturado, fundamentalmente, como uma prática social historicamente determinada em relação ao modo como a sociedade elabora sua produção e pela dinâmica como se processam as relações sociais. De forma que o ensino de Enfermagem (e de Enfermagem Psiquiátrica) consiste no resultado das relações sociais que determinam a distribuição do poder na sociedade.

Do mesmo modo Fernandes (1987) analisa o processo de formação do enfermeiro na área da Saúde Mental, não só através de suas especificidades, mas também de seu relacionamento com as transformações gerais ocorridas na sociedade brasileira. Assim, segundo a autora, de 1964 a 1980, de forma incipiente, são inseridos alguns princípios da psiquiatria preventiva, através da unidade de higiene mental com foco no relacionamento interpessoal como base para a assistência de Enfermagem. Mas, apesar de as mudanças ocorrerem no discurso, elas convergem com os interesses econômicos vigentes em cada momento histórico.

Logo, apesar de já existir uma discussão teórica sobre a temática, isso só começou a ser colocado em prática pelo governo, como uma estratégia, a partir da Reforma Psiquiátrica, em meados da década de 1980. Isso é observado também por Barros e Egry (1994) que afirmam que os avanços do saber e da prática, em Saúde Mental, não foram acompanhados pela Enfermagem, pois, desde o seu início, permaneceu essencialmente hospitalocêntrica, ao passo que há pressões e experiências no sentido de transformar sua prática e ensino, ao longo da história.

Assim, um novo modelo assistencial de Enfermagem, tem sido proposto baseado na luta antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica brasileira, que preconiza que a assistência não deve ser hospitalocêntrica, mas sim focada em unidades de saúde que não requeiram internação psiquiátrica (MELLO, 2009).

Dessa forma, se faz necessário entender como as mudanças que ocorreram na área de Saúde Mental foram primordiais para a busca de um avanço na assistência de Enfermagem.

2.1.1 Mudanças na Saúde Mental e os reflexos na assistência de Enfermagem, no Brasil

As transformações necessárias na assistência de Enfermagem só avançarão se os conhecimentos produzidos nesta área adotarem novos rumos uma vez que ocorreram mudanças importantes na compreensão da Saúde Mental (BARROS; EGRY, 1994). É importante então explicitar como se deram essas mudanças.

No século XVIII, a assistência de Enfermagem era relacionada ao tratamento moral de Pinel e da psiquiatria descritiva de Kraepelin, de forma que o papel terapêutico dos enfermeiros se destinava a assistir o médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas, uma vez que se acreditava que os pacientes com transtornos mentais eram ameaçadores e, por isso, sujeitos à reclusão (VILLELA; SCATENA, 2004).

Segundo Resende (1987) a criação do *Hospício Pedro II*, em 1852, assinala o marco institucional do nascimento da psiquiatria e da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil. Nessa época a Enfermagem era exercida pelas irmãs de caridade e atendentes, com ações caracterizadas pela repressão e punição, além de diversas denúncias de maus tratos, superlotação, falta de assistência médica, pouca qualificação e crueldade dos atendentes.

Já em 1890, o hospício passou a denominar *Hospital Nacional dos Alienados* e foi criada a *Escola Profissional de Enfermeiros* neste hospital que tinha por objetivo o preparo de profissionais para atuarem nos hospícios, hospitais civis e militares. Assim, este período foi configurado como o marco divisório entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica (GUSSI, 1987; REZENDE, 1987; SILVA FILHO, 1990).

Nesse contexto, Fernandes (1981) afirma que, no Brasil, a primeira tentativa de sistematização do ensino da Enfermagem foi na área psiquiátrica. O hospício, nesse caso, era a essência da prática de Enfermagem que tinha o direito de controlar, disciplinar e reeducar o doente mental, estabelecendo e legitimando a vigilância e o confinamento - principais instrumentos da assistência.

Já em 1952, nos Estados Unidos, uma enfermeira, Hildegar Peplau, formulou a *Teoria das Relações Interpessoais* que trouxe grandes contribuições para assistência de Enfermagem. Nesta, Peplau buscou valorizar a singularidade, a reciprocidade e a ajuda mútua entre o enfermeiro e o paciente, e ainda preconizava um plano para a assistência a fim de reconhecer, definir e compreender o que acontece quando estabelecem relações com o paciente (PEPLAU,1990). Para Zanote (1999) a teoria de Peplau foi pioneira no campo de assistência de Enfermagem.

Segundo Campos e Souza (2000) esse foi o primeiro modelo teórico sistematizado para a Enfermagem Psiquiátrica e a partir daí esta passou a buscar explicações sobre a loucura, por meio de dois discursos: o psiquiátrico - basicamente organicista, predominante até o momento; e o psicológico - ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas, que acontece no final dos anos 60.

Já os anos 70, também nos Estados Unidos, Joice Travelbee consagrou a questão do relacionamento terapêutico focalizando a relação do homem como ser existencial, que busca significado na sua vida e sofre com isso (VILLELA; SCATENA, 2004).

Como se vê, estavam ocorrendo importantes transformações na prática psiquiátrica, na Europa e nos Estados Unidos, mas no Brasil era diferente: as transformações ocorriam de forma lenta e o cuidado ao paciente com transtorno mental ainda era no interior de asilos (BARROS; EGRY, 1994).

No Brasil, nesse período, Villela e Scatena (2004) destacam uma enfermeira - Maria Aparecida Minzoni - que se preocupou com a humanização da assistência ao doente mental, o que contribuiu para a Enfermagem Psiquiátrica neste país – tanto na área de ensino como na pesquisa e na assistência.

E Barros e Egrý (1994) afirmam ainda que a partir da década de 70 as denúncias quanto a esse sistema de cuidado em psiquiatria aumentaram, o que passou a ser conhecido como a 'indústria da loucura'. Já, no final dessa década, esse movimento pela busca de melhoria da qualidade de assistência em Saúde Mental teve como foco principal o *Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental* (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000).

Esse movimento, segundo Villela e Scatena (2004) impulsionou a discussão a respeito da assistência psiquiátrica, fazendo com que atores de outras esferas sociais – como familiares de doentes mentais internados e da mídia – aderissem ao propósito. Isso repercutiu, dando origem ao movimento de reforma da assistência psiquiátrica que teve como objetivos “ênfaticamente a substituição dos aparatos manicomial pelos serviços comunitários e normatizar as internações involuntárias”.

Assim, a partir da década de 1980 ocorreram importantes eventos, entre eles a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que foi um movimento importante na concepção da saúde coletiva. E logo em 1987, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental que marcou o início da desinstitucionalização. No mesmo ano, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (ROCHA, 2005a).

Já no ano de 1988, a Constituição Federal do Brasil define os princípios do SUS, são eles: sistema descentralizado, igualitário, universal, regionalizado, hierarquizado, com integralidade das ações e participação social (BRASIL, 1990).

E a partir daí, os enfermeiros passaram a atuar nas instituições extra-hospitalares - ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas, dentre outros. De forma que a sua atuação direcionou-se às novas formas de cuidar na saúde mental, buscando serviços extra-hospitalares (KRSCHBAUM, 2000).

Segundo Silva e Kirschbaum-Nitkin (2010, p. 413) à essa Enfermagem “sustentada no modelo nightingaleano, deslocado da medicina e da psiquiatria, coube o papel de envidar esforços grandiosos, a fim de conferir novos contornos à identidade profissional, constituída a partir da formação e da prática de enfermeiros formados pela visão dos alienistas”.

Segundo Vasconcelos (2000), ao priorizar o atendimento ambulatorial no tratamento psiquiátrico almejava-se, dentre outras coisas, a redução do estigma depositado sobre os indivíduos e a busca de garantia dos direitos humanos e de cidadania dos usuários dos serviços, que compuseram o movimento da reforma psiquiátrica. Desse modo, a assistência psiquiátrica passou a priorizar a atuação na promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação do indivíduo (VARGAS et al., 1999).

Nesse contexto de mudanças, os serviços devem fornecer garantias ao cumprimento dos direitos dos usuários e o dependente químico passa a ser visto não mais como um 'doente psiquiátrico', reduzindo o estereótipo de 'louco' e 'caduco' (DRIUSSO; GARCIA, 2002).

Para Miranda, Rocha e Sobral (1999) a assistência da Enfermagem Psiquiátrica deve estar em consonância com a ética e a prática social libertadora da Reforma Psiquiátrica a fim de promover o cuidado ao conhecer a necessidade do indivíduo e por meio do acolhimento.

Mas, foi só em 1990 que a OPAS/OMS convocou e realizou uma Conferência Regional em Caracas, originado a *Declaração de Caracas* que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Entre alguns pontos destacados, o documento propõe que “os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário” (OPAS/OMS, 1992).

Assim, diante destas transformações a psiquiatria vai procurando modificar suas características e incorporar conceitos tais como os da comunidade terapêutica, psiquiatria social, psiquiatria preventiva e psiquiatria comunitária. Organiza-se, então, uma rede de serviços assistenciais não hospitalares sem que houvesse a real transformação do saber e da prática psiquiátrica tradicional (BARROS; EGRY, 1994). Para Vasconcelos (1992) esse modelo de integração dentro da proposta do SUS, foi expresso em sucessivos planos federais (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária – CONASP; Ações Integradas de Saúde – AIS; Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS), estaduais e municipais desde os fins dos anos 70.

Fernandes (1981) faz menção ainda ao processo de psiquiatrização que surgiu nessa época. Para a autora, a partir daí, passa a ser objeto de ação da psiquiatria os 'distúrbios e os conflitos' decorrentes das relações que as pessoas mantêm no trabalho, na escola, na família, e não somente os 'doentes mentais', e assim a ação

preventivista passa a ser valorizada e surgem políticas de expansão da rede ambulatorial.

As ações de Enfermagem, nesse contexto, tornaram-se mais amplas, pois passam a ocupar-se também dos conflitos e inaptações, ou seja, atenção aos sadios e não somente aos doentes hospitalizados: trata-se agora de Saúde Mental (FERNANDES, 1987).

É importante destacar ainda, que em 2001, é promulgada a Lei 10.216, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o SUS, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos usuários de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, e sua integralidade. Além de valorizar a descentralização do modelo de atendimento, determinando a configuração de redes assistenciais atentas às desigualdades existentes e ações voltadas às necessidades da população (BRASIL, 2004a).

Esta lei também vem a ser o instrumento legal/normativo máximo para a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) que também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde, tendo por base questões como intersectorialidade e atenção integral, que se subdivide em: prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; modelos de atenção (CAPS e redes assistenciais) e controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, Wandekoken e Siqueira (2011a) afirmam que a implementação das diretrizes da PAIUAD ainda se apresenta como grande desafio para a saúde pública, e diante disso há a necessidade de compreensão dos discursos políticos e de propostas, por parte da sociedade, governo e profissionais envolvidos com a temática, a fim de contribuir na articulação desse desafio, buscando ainda construir o avanço de rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, que seja de qualidade e eficaz.

Logo, entende-se, a partir dos fatos mencionados, que as mudanças na área de Saúde Mental implicam em reflexos e transformações na assistência de Enfermagem e mais especificamente, na atuação do enfermeiro.

Mas, apenas essas mudanças não garantem que os ideais reformistas se tornem realidade. O fato é que ocorreram avanços, mas que também por vezes se retrocedeu (SILVA; KIRSCHBAUNM-NITKIN, 2010).

Para Villela e Scatena (2004), as atividades do enfermeiro devem estar acima da cientificidade técnica - deve usar a observação e percepção -, deve planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de Enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico.

E para Silva e Kirschbaum-Nitkin (2010) hoje, a Enfermagem tem produzido uma maior quantidade de pesquisas nessa temática que busca a construção de novos saberes e fazeres.

Assim, no decorrer da evolução da Enfermagem no Brasil, pôde-se observar que foram utilizadas diversas formas de organizar o cuidado e a assistência prestada ao usuário, dentre as quais está o Processo ou Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerado um instrumento de trabalho básico para o enfermeiro no desempenho de suas atividades profissionais (NAKATANI, 2000). Com isso, segundo Villela e Scatena (2004) a dinâmica da assistência de Enfermagem passa a ser desenvolvida de maneira abrangente, consistente, qualificada, sistemática, dialética e ética.

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A construção da metodologia assistencial do enfermeiro tem sido realizada através dos construtos teóricos que permeiam o 'cuidar' como também pelas transformações decorrentes do processo saúde-doença na atualidade. E, devido a esta transição, foi necessário desenvolver instrumentos metodológicos que nortegassem a prática

profissional; neste contexto surge a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, que possibilita ao enfermeiro o planejamento e a sistematização de suas ações e da equipe de Enfermagem (CARRARO; KLETEMBERG; GONÇALVES, 2003; SOUZA; SIQUEIRA, 2005; SIQUEIRA et al., 2011).

O Processo de Enfermagem ou a SAE pode ser definida como um método através do qual a estrutura teórica da Enfermagem é aplicada à prática (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993), sendo que atualmente é composta em cinco fases: histórico, exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e evolução de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002).

Para Mello (2009) o Processo de Enfermagem é “um método de sistematizar a assistência, sendo definido como a atividade intelectual deliberada na qual a prática de Enfermagem é abordada de maneira organizada”. Dessa forma, auxilia os enfermeiros na tomada de decisão, na intervenção e avaliação de suas ações.

Desde 1986 o planejamento da assistência de Enfermagem é uma imposição legal, pois se trata de uma forma de intervenção própria do enfermeiro, regulamentada e legitimada pelo Decreto nº 94.496, de 8 de junho de 1987, da Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, art. 11, alínea c, “O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente:... c) planejamento, organização coordenação e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

Já o termo *Sistematização da Assistência de Enfermagem* (SAE) foi incluído na decisão COREn-SP/DIR/008 somente em 1999. Esta decisão normatiza a implementação da SAE do Conselho Regional de Enfermagem - SP e prevê como atividade privativa do enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do Processo de Enfermagem (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP, 1999).

Dessa forma, reforçando a importância e necessidade de se planejar a assistência de Enfermagem, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 272/2002, art. 2º afirma que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada (COFEN, 2002).

No entanto, para Figueiredo (2006) mesmo com o empenho do Conselho e de toda a classe profissional trata-se de um conhecimento que ainda apresenta uma enorme lacuna entre a produção do conhecimento e sua aplicação na prática diária do enfermeiro.

Carraro, Kletemberg e Gonçalves (2003) consideram que a cientificação profissional é almejada pelos profissionais de Enfermagem, mas só será alcançada com a utilização de instrumentos científicos que subsidiem a prática profissional.

O enfermeiro, então, ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao usuário, já que segundo Santos et al. (2002) o planejamento “permite diagnosticar as necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações”.

Mas, Nakatani (2000) acredita ainda que a forma como o ensino seja conduzido pode representar um obstáculo para a aquisição das habilidades de pensar, refletir e tomar decisões, influenciando no enfrentamento dos problemas da prática do Processo de Enfermagem.

Assim, os enfermeiros, muitas vezes parecem confusos quanto a essa proposta. Silva e Kirschbaum-Nitkin (2010) atentam ainda que com todas as mudanças que ocorreram no cenário político e no setor saúde brasileiro desde a década de 1970 (como apresentado anteriormente), principalmente na área de Saúde Mental, o saber científico de Enfermagem (em especial o sistematizado) passa a ser desqualificado como pouco útil, e por muitas vezes reacionário: a Enfermagem se encontrava em um período de crise de identidade. Foi então a partir daí que as teorias de Enfermagem surgiram como autonomia e consagração do trabalho intelectual de Enfermagem.

Muitas vezes, as teorias se divorciam da prática, uma vez que muitos profissionais desde então a julgaram pouco aplicáveis. O fato é que esse saber de Enfermagem foi de início comandado por um outro (alienistas, instituições, obrigação de produção acadêmica, entre outros), e quando aceito por enfermeiros comporta certa imobilidade, produzindo o ‘silêncio’ (SILVA; KIRSCHBAUNM-NITKIN, 2010).

E para Silva e Kirschbaum-Nitkin (2010) se “as práticas devem se assentar em um saber, então, esse silêncio se traduz em um nada a fazer”.

Para tanto, toda e qualquer forma de teorização ou sistematização do cuidado e assistência de Enfermagem deve ser proposta diante de uma preocupação com a qualidade e com aquele que precisa do cuidado. Estas não devem ser vistas como respostas a todos os problemas, nem partir somente de um olhar de um único profissional, como um ‘saber que tudo sabe’, ou uma verdade totalitária.

Para Mello (2009), ainda hoje, o modelo médico predomina na assistência de Enfermagem aos pacientes com transtornos mentais que se deve, em parte, às pesquisas realizadas na década de 1990 na qual foram evidenciadas a predominância da etiologia biológica destes transtornos (DIEHL et al., 2011).

Além disso, para Carpenito (1997) historicamente o enfermeiro durante a sua formação aprende a usar os diagnósticos médicos para descrever o enfoque da Enfermagem e, como a terminologia médica é mais conhecida, portanto, fácil e conveniente, alguns têm resistido à utilização de termos mais dirigidos para a Enfermagem.

Marcolan (1996) e Melo (1998) afirmam que embora a literatura da área aponte uma tendência teórica em torno da compreensão de que o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é o de "agente terapêutico, cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais" (SAEKI, 1994), o trabalho efetivo dos enfermeiros centra-se, principalmente, no desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Dessa forma, o fato do enfermeiro não reconhecer as condições relacionadas à sua inserção e posição na equipe, decorrentes da articulação entre o seu trabalho, o modelo de intervenção e o modelo assistencial em que ele está inserido pode levá-lo a um ativismo acrítico e às práticas com pouca fundamentação teórica, o que não contribui para melhoria da assistência em Enfermagem, nem a assistência em Saúde Mental (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

Corroborando com essas idéias é fato que isso também ocorre na área de Dependência Química, que ainda segue o mesmo padrão, pois muitas vezes, não se encontra a atenção individual ao dependente químico no plano de ação ou de intervenção da Enfermagem. A atuação fica restrita e limitada ao atendimento e prestação de cuidados em casos de intercorrências clínicas e acidentes, ao levantamento de dados epidemiológicos, aos registros e relatórios, e às atividades educativas referentes a palestras e cursos de prevenção e promoção da saúde coletiva.

E ainda há um saber que se perpetua na prática de Enfermagem no sentido de que os profissionais 'sabem de antemão', ou seja, sabem o que é melhor para o paciente, quando vai se agitar, se familiares irão cooperar, entre outros. É algo sem qualquer teorização e que confere aos profissionais um lugar de não trabalho que não produz laços sociais e que advém de valores, preconceitos e outros (SILVA; KIRSCHBAUNM-NITKIN, 2010).

Nesse contexto, o fato é que a SAE é vista por alguns como uma forma reducionista e excessivamente normativa de desempenhar o papel e as funções profissionais (GARCIA, 1996), de forma que há uma maior desvalorização ou negação da prática assistencial. Isso pode ser decorrente devido ao modo como o tema é abordado durante a formação profissional acadêmica, com excesso de detalhes e supervalorização do método, em detrimento da essência, naturalidade e espontaneidade do processo de cuidar (PAIM, 1979).

Um exemplo dessas dificuldades foi a tentativa de implantação da SAE em um hospital-escola na cidade de Campinas-SP. Esta foi relatada por Lopes (2000) que concluiu que a resistência dos enfermeiros deve, muitas vezes, ser explicada por falta de experiência prévia em outros serviços, à visão de que o processo é complexo, por demandar muito tempo e por considerarem que não é factível na prática diária.

Outra experiência foi apontada por Moura e Vargens (2002) em um estudo que teve como objetivo discutir a implantação da consulta de Enfermagem no sistema de saúde de Volta Redonda- RJ, a partir da ótica das enfermeiras. Os autores observaram que um dos maiores obstáculos foi a necessidade de alguns quesitos do

enfermeiro como a visão holística, capacitação profissional, além de recursos físicos, institucionais e humanos. No entanto, afirmam que a utilização do Processo de Enfermagem auxilia na relação interpessoal entre enfermeiro e cliente, sendo que a comunicação é essencial nesta relação, pois leva o indivíduo a reconhecer sua importância no autocuidado, tornando-se atuante na busca pela saúde.

Além disso, Waldow (2001) aponta que o enfermeiro, muitas vezes, enfrenta problemas de sobrecarga de tarefas e falta de tempo, sendo oportuno realizar o Processo de Enfermagem de forma mais prática e reduzida, que focalize as necessidades atuais do usuário. Isso então deve ser debatido por profissionais da saúde, docentes e estudantes para encontrar caminhos viáveis na sua prática, visto à importância de sua implementação.

O fato é que enfermeiro que atua na área de Saúde Mental e em Dependência Química deve atingir alto grau de abrangência e responsabilidade como educador, na tarefa de contribuir para melhoria das condições que são essenciais no que diz respeito à qualidade de vida do indivíduo.

Para Mendes e Bastos (2003) o impacto da sistematização do cuidado tem motivado os enfermeiros, em muitos países do mundo, a vencerem esse desafio na assistência, no ensino e na pesquisa, já que muitos são os benefícios descritos pela aplicação da metodologia assistencial: traz implicações positivas para a profissão de Enfermagem, para o paciente e para o enfermeiro em especial.

Acredita-se que a partir da identificação dos problemas ou das condições desencadeantes de desequilíbrios à saúde, o enfermeiro e o usuário percebam e encontrem a solução de evitamento ou diminuição daqueles apresentados. Esta interação, possibilitada pela situação de consulta, p. ex., torna-se então um momento educativo e transformador de comportamentos e de práticas sociais.

Moura (2002) menciona ainda que a utilização do Processo de Enfermagem auxilia na relação interpessoal entre enfermeiro e usuário, sendo que a comunicação é essencial nesta relação, pois leva o indivíduo a reconhecer sua importância no autocuidado, tornando-se atuante na busca pela saúde.

2.2.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem no estado do Espírito Santo

Ao passo que no Brasil, ocorreram alguns avanços em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, no estado do Espírito Santo isso está se desenvolvendo de forma lenta e gradual, principalmente em relação à área de Dependência Química.

Mas, da mesma forma como ocorreu a nível nacional, essa temática já vinha sendo abordada desde a década de 1980. Nesse sentido, Siqueira e Casagrande (1985) já mencionavam algumas funções do enfermeiro relacionadas a esse processo, entre elas, o desenvolvimento de ações educativas com pacientes, seus familiares e junto à comunidade visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde.

E foi também em 1985 que, no estado do Espírito Santo, se deu o início da atividade de consulta de Enfermagem na área Dependência Química, com a criação e implantação do Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA/HUCAM/UFES), através de um projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (SIQUEIRA, 1985).

Já em 1987 o projeto tornou-se efetivamente um programa especial da extensão da universidade, sendo que desde alguns anos após sua implantação já se tornou pioneiro na estruturação de uma proposta interdisciplinar e na oferta de uma metodologia assistencial de Enfermagem ao alcoolista e a seus familiares, assim como é considerado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), referência no tratamento ambulatorial para todo estado (SIQUEIRA; GOMES; GARCIA, 1991, 1992, 1993).

Fornazier e Siqueira (2006) analisaram as atividades desenvolvidas pela Enfermagem na consulta dirigida a alcoolistas do PAA/HUCAM/UFES e apontaram que esta tem sido desenvolvida por meio do atendimento prioritário das necessidades humanas básicas (teoria da Horta) e concentrando a atenção de Enfermagem no autocuidado (teoria de Orem). Assim, mencionam que por meio dessas práticas a Enfermagem vem propiciando condições que facilitam a

abstinência do usuário, a reformulação no estilo de vida e sua reinserção na sociedade.

Assim, considerando a grande importância do PAA/HUCAM/UFES para a sociedade capixaba, é interessante apontar que a SAE realizada junto a esses pacientes visa à implantação da consulta de Enfermagem, do processo de Enfermagem e da visita domiciliar como elementos integradores da atenção a alcoolistas e seus familiares, otimizando a eficiência e eficácia assistencial (BARBOSA; QUINELLATO; SIQUEIRA, 1998; SOUZA, 2004; AMORIM; LAZARINI; SIQUEIRA, 2007). Quanto à visita domiciliar, Palma, Barros e Siqueira (2000) concluem que se trata de um instrumento eficiente na educação do paciente e formação acadêmica do estudante de Enfermagem, sendo que o desenvolvimento desta prática nos serviços de saúde é possível numa perspectiva de melhoria da atenção à saúde.

Com base nesses estudos capixabas apresentados, Barros et al. (2000) conclui então que o Processo de Enfermagem é um instrumento facilitador da assistência prestada ao paciente, mas que necessita ser avaliado, tendo como base as teorias de Enfermagem, de forma a resultar numa melhoria da qualidade do ensino e da assistência.

Mas, antes de abordar as teorias de Enfermagem faz-se necessário explicitar sobre o Sistema de Classificação de Enfermagem e o uso da linguagem de Enfermagem padronizada. Para tanto, será apresentado a seguir a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), na *Nursing Interventions Classification* (NIC) e na *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

2.3 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM

A primeira tentativa de classificar os problemas de enfermagem ocorreu em 1929, quando Wilson procurou diferenciar os aspectos particulares da Enfermagem dos demais cuidados em saúde (KELLY, 1985).

Já em 1953, Vera Fry identificou cinco áreas de necessidades do cliente, as quais foram consideradas como domínio da Enfermagem e como foco para os

diagnósticos de Enfermagem. Estas áreas foram: necessidade de tratamento e medicação; necessidade de higiene pessoal; necessidade ambiental; necessidade de ensino e orientação e necessidade humana ou pessoal (KELLY, 1985).

E no ano de 1960, nos Estados Unidos, foi desenvolvida a primeira classificação relevante para a prática de Enfermagem, denominada os *21 problemas de Abdellah*. Esta teve como foco principal as necessidades do paciente e os problemas de Enfermagem (GORDON, 1994).

Do mesmo modo, a *lista das 14 necessidades humanas básicas de Henderson*, em 1996, foi considerada um precursor das tentativas de sistematizar a taxonomia de Enfermagem (DOUGLAS; MURPHY, 1992).

Para Gordon (1994) essas tentativas de classificação mudaram o enfoque de Enfermagem que a partir daí passou a se interessar pela identificação dos problemas do paciente, e só em 1970 é que teve como foco o cuidado, com a criação do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Já para Johnson et al. (2009) o uso de uma linguagem padronizada só teve início por meio dos diagnósticos da NANDA.

Para os autores, a padronização serve a várias finalidades, entre elas destacam-se:

Proporciona uma linguagem para os enfermeiros comunicarem o que fazem para outros enfermeiros, outros profissionais da saúde e para o público;
Possibilita a coleta e a análise de informações que documentem a contribuição da enfermagem ao cuidado do paciente;
Facilita a avaliação e o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem;
Acelera o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem; [...]
Oferece informações para formulação de políticas públicas e organizacionais sobre os cuidados de saúde e de enfermagem; [...]
(JOHNSON, 2009, p. 11).

Nesse sentido, a NANDA *International* (2005, p. 277) procurou conceituar diagnóstico de Enfermagem da seguinte forma: "juízo clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável".

O desenvolvimento dos diagnósticos de Enfermagem como denominação para os fenômenos de Enfermagem tem na Taxonomia II da NANDA a sua versão mais atual

e revisada da Taxonomia I, sendo que em 2005 a classificação da NANDA incluía 172 diagnósticos, e a Taxonomia II, 13 domínios e 47 classes (NANDA INTERNATIONAL, 2005).

Assim, a partir do desenvolvimento da NANDA, outros sistemas de classificação foram sendo elaborados, destacando-se a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

Em relação à NIC, esta foi desenvolvida por professores e pesquisadores da Universidade de Iowa (Estados Unidos da América) para documentar as ações de Enfermagem. As intervenções têm ligação com os diagnósticos da NANDA, com a classificação de problemas de Omaha e com a NOC.

Nesta classificação, segundo Bulechek e McCloskey (1992), a intervenção de Enfermagem é definida como “qualquer procedimento ou tratamento de cuidado direto, baseado no julgamento clínico e no conhecimento que a enfermeira executa em benefício do paciente, objetivando alcançar resultados esperados”.

A última versão da NIC é do ano de 2004 (3ª versão) e compreende 486 intervenções organizadas em 7 domínios e 30 classes, sendo que cada domínio inclui classes ou grupos relacionados a intervenções que são o terceiro nível da taxonomia. A NIC foi construída usando métodos de análise de similaridade, agrupamento hierárquico, julgamento clínico e revisão por especialistas (DOCHTERMAN; BULECHK, 2004).

Já a NOC, foi desenvolvida em 1991 pelos pesquisadores que elaboraram a NIC e contém resultados para pacientes, cuidador familiar, família e comunidade. Além de ter ligação com a classificação de diagnósticos de Enfermagem da NANDA e com a NIC, sendo considerada complementar aos mesmos.

Os resultados podem ser medidos por meio de um *continuum*, ou seja, refletem a condição real do paciente e podem ser usadas no monitoramento do progresso, ou de sua falta, ao invés das metas esperadas e servem como critério com base no qual é julgado o sucesso da intervenção de Enfermagem (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2004). Assim, para cada resultado da NOC é usado um título, uma definição, uma lista de indicadores (que descrevem o estado do paciente), uma escala do tipo

Likert (com cinco pontos para identificar a situação do paciente) e uma breve lista de referências bibliográficas (JOHNSON et al., 2009).

Para melhor compreensão é necessário destacar que a escala de *Likert* dispõe de cinco pontos para avaliar os indicadores listados, sendo que há 14 diferentes tipos, desenvolvidas por pesquisadores da NOC para avaliar a ampla variedade de resultados que fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração de qualquer ponto por meio de um *continuum*, de forma que o quinto se refere a condição do paciente que se deseja alcançar com o resultado. Isso facilita a identificação de alterações das condições do paciente ao averiguar as diferentes pontuações ao longo do tempo, que na prática devem ser realizadas antes e após uma intervenção (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Logo, com o uso da escala de Likert é possível um monitoramento do estado do paciente, de modo a monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do quadro (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

A última versão da NOC (3ª edição), de 2004, contém 330 resultados, agrupados em 31 classes e 7 domínios, e é atualizada continuamente, de forma a incluir novos conteúdos e facilitar o seu uso (JOHNSON et al., 2009).

A NANDA, a NIC e a NOC, segundo Johnson et al. (2009) podem ser usadas em conjunto ou separadamente, sendo que juntas representam o domínio de Enfermagem em todos os ambientes da prática e foram reconhecidas pela *American Nurses Association* (ANA). Assim, a associação das três linguagens padronizadas de Enfermagem constitui um auxílio para os enfermeiros na seleção de resultados e intervenções mais apropriadas aos pacientes.

Compreende-se então que se faz necessário a constante avaliação da SAE, na medida em que o avançar da profissão exige a análise de seu desempenho diário, objetivando a melhoria da mesma. Assim, o uso de teorias que visam definir a Enfermagem enquanto ciência são fundamentais para compreender questões inerentes ao paciente, ao ambiente e para o desenvolvimento de um cuidado qualificado. Para tanto, é interessante explicitar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman que trouxe grandes contribuições para a atuação do enfermeiro.

O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

*O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.
(Leonardo Boff)*

O modelo descrito por Betty Neuman foi publicado em 1972 como “A Model for Teaching Total Person Approach to Patient Problems”, em *Nursing Research* (CROSS, 1993). A abordagem conceitual de Neuman é o resultado da síntese de conhecimento de várias fontes teóricas, incluindo Teillard de Chardin - com questões filosóficas da ‘totalidade da vida’; Bernard Marx - que propõe que as propriedades das partes dependem, em certa medida do todo; Seyle - com a ‘teoria do estresse’; Von Bertalanffy - com as ‘teorias de campo’; Caplan com a ‘teoria dos sistemas e dos níveis de prevenção’ e ainda alguns elementos da ‘Gestalt’ (LEOPARDI, 1999; CROSS, 1993).

Este modelo está, em parte, baseado na Teoria Geral dos Sistemas (CROSS, 1993) que destaca “cada sistema como um todo e uma parte, ou seja, como a organização dinâmica de um conjunto com fronteiras, mas não isolado do intercâmbio de energia e informação e que se mantém em equilíbrio dinâmico com os subsistemas e com o sistema maior em que se insere” (RIBEIRO, 1996, p.45).

Abaixo seguem as **Figuras 1 e 2**, com posterior explicitação dos elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman:

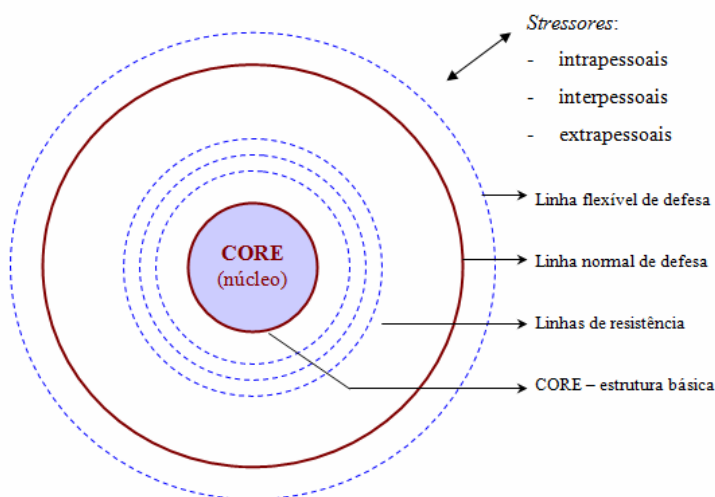


Figura 1 - Elementos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (RIBEIRO, 2003) - adaptado de Neuman (1995, p.27).

A estrutura proposta é, basicamente, que cada indivíduo é visto como um sistema aberto constituído por um centro (“Core”), cercado por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos e que se encontra rodeado por contornos hipotéticos: linha normal de defesa, linha flexível de defesa e linhas de resistência (**Figura 1**), representada por um diagrama que compreende os *estressores*³, a reação aos estressores e a reação à unidade total, interagindo com o ambiente (**Figura 2**) (NEUMAN, 1989).

³ Estressores são forças ou estímulos que atuam sobre o cliente (sistema), que produzem tensão e que podem estar presentes no ambiente interno e externo do sistema, impedindo a manutenção do seu equilíbrio (NEUMAN, 1995).

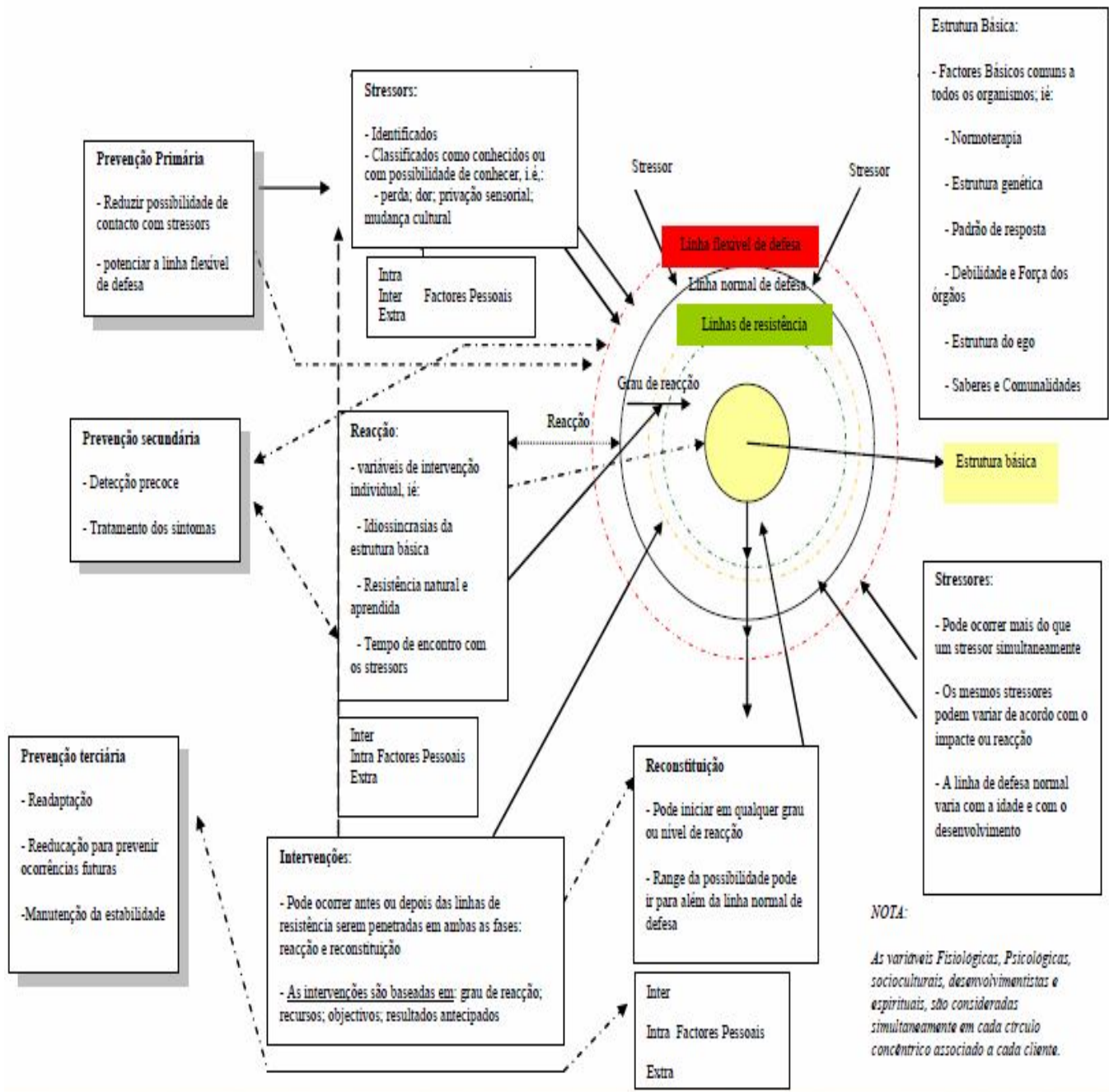


Figura 2 – The Neuman Systems Model. Original diagram 1970 by Betty Neuman (traduzido e adaptado por José Amendoeira, 2005) IN: NEUMAN, B. The Neuman Systems model, 3ed., Stamford, Appleton & Lange, p. 17. 1995.

Neuman descreve seu modelo como abrangente e dinâmico. De forma que o modelo enfatiza a reação da pessoa⁴ ao estresse⁵ e os fatores de reconstituição ou adaptação. Assim, Neuman acredita que esse modelo possa ser utilizado pela Enfermagem de modo único na assistência (CROSS, 1993).

Dessa forma, esse indivíduo – sistema aberto – está continuamente interagindo com forças internas e externas, ou estressores ambientais, e está em constante mudança no ambiente, movendo-se, todo tempo, em direção a um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio ou bem-estar ou em direção a uma doença em vários graus (NEUMAN, 1995).

George (2000) acrescenta ainda que as trocas do sistema com ambiente são recíprocas, de forma que podem ser afetados positivamente ou negativamente um pelo outro. E ainda que o sistema pode ajustar-se ao ambiente ou o ambiente ajustar-se a si mesmo.

E considera ainda que fazem parte do sistema os *estressores*, a *reação*, a *prevenção primária, secundária e terciária*, os *fatores intra, inter e extrapessoais*, conforme **Figura 2**. Já o *ambiente*, a *saúde* e a *Enfermagem* são partes inerentes ao modelo apesar de não estarem representados na figura (GEORGE, 2000).

Dessa forma, é importante conceituar alguns termos usados na Modelo de Betty Neuman, conforme descrito por Cross (1993):

- *Indivíduo/ Homem/ Cliente*: se refere ao sistema aberto, que está permanentemente em contato com seu meio e em mudança e movimento, interagindo reciprocamente. É multidimensional e composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Nas **Figuras 1 e 2** é representado por um núcleo;

- *Ambiente/ Entorno*: conjunto de forças internas e externas que circundam o indivíduo a todo instante. Este ambiente criado é dinâmico e multidimensional, e inclui os fatores energéticos da estrutura básica, sendo que o ambiente interno é

⁴ Pessoa refere-se ao sistema cliente que pode ser um indivíduo único, família ou uma comunidade (NEUMAN, 1995).

⁵ O estresse é definido como um fenômeno que afeta todas as dimensões da vida da pessoa, o qual decorrente de qualquer situação que crie uma demanda não especificada – estímulos internos e externos – e que exige que o indivíduo reaja ou tome uma atitude (POTTER; PERRY, 1999).

aquele que se relaciona ao cliente enquanto sistema, e já o ambiente externo, corresponde ao inter e extrapessoal, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente.

Neste caso, Neuman (1995) descreve ainda outro ambiente: o *ambiente criado*. Este é desenvolvido de forma inconsciente pelo indivíduo. Representa troca de energia com o sistema aberto, tanto com o ambiente interno, como externo – pelo fato de ser um sistema aberto. É dinâmico e está relacionado com mobilização, de forma inconsciente, de todas as variáveis do sistema, principalmente das psicossocioculturais, de forma a promover a integridade, integração e estabilidade do sistema.

Este ambiente tem como função ser um ‘escudo protetor’, envolvendo o ambiente interno e externo, favorecendo o isolamento, o que pode, sobretudo mudar as respostas do sistema do cliente aos estressores e ser um estímulo positivo na procura da saúde do ser humano (NEUMAN, 1995).

Cross (1993) destaca ainda dois conceitos importantes:

- *Saúde/ Bem-estar*: é a energia ‘viva’. É um composto dinâmico de equilíbrio biológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual;

- *Enfermagem*: profissão única que se ocupa de todas as variáveis que afetam a reação humana aos estressores, ou seja, visa à manutenção ou recuperação do equilíbrio de todas as variáveis já mencionadas anteriormente - que devem ser tratadas na sua totalidade. Além disso, a atuação do enfermeiro não deve impor uma avaliação ao usuário, mas sim compartilhá-la.

Neuman (1995) esclarece ainda em seu modelo que o ‘bem-estar – doença’ refere-se ao fluxo de energia contínuo entre o indivíduo, o sistema e o ambiente. E ainda que as variações do grau de instabilidade do sistema “são causadas pela invasão do estressor na linha normal de defesa”.

Para tanto, a condição na qual todas as partes e subpartes do homem estão em harmonia com o sistema total é o bem-estar, requerendo trocas de energias para manter a integridade do sistema. Isto é baseado na interação das variáveis, a qual determina o grau de resistência que uma pessoa tem em qualquer situação de enfrentamento. E ainda, é interessante mencionar que o homem é único e, para

tanto, apresenta características individuais; porém, é um sistema aberto em interface total com o ambiente (LEOPARDI, 1999).

Assim, com base nas **Figuras 1 e 2** observa-se que as *linhas de resistência* (série de anéis concêntricos que cercam a estrutura central – ‘recursos de energia da estrutura básica’ ou ‘Core’ – variam em tamanho e distância do reator. Se trata então dos fatores internos do indivíduo que são a defesa contra os estressores e tornam-se ativas quando a linha normal de defesa é invadida pelos estressores ambientais. Logo depois, nas figuras, se nota a *linha normal de defesa* que é basicamente aquilo em que a pessoa se torna durante um período de vida, ou seja, o estado normal de bem-estar. Este é composto por habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que são utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores. Assim, a estabilidade representada pela linha normal de defesa é uma variação das respostas ao ambiente (CROSS, 1993; NEUMAN, 1995; GEORGE, 2000).

George (2000) acrescenta ainda que quando a linha normal de defesa é invadida ou penetrada por algum estressor, o sistema do indivíduo reage. Esta reação pode ser manifestada por sintomas de instabilidade ou doença, o que pode reduzir a capacidade do sistema em lidar com estressores adicionais.

Já a *linha flexível de defesa* (a mais externa pontilhada) é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é estressante, e ainda age como um ‘filtro’ quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto, como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento (CROSS, 1993; NEUMAN, 1995; GEORGE, 2000). E à medida em que aumenta a distância entre esta e a linha normal de defesa cresce o grau de proteção ao sistema.

Para Cross (1993) ainda, a eficácia da linha flexível de defesa pode ser reduzida rapidamente por mudanças como perda do sono, má alimentação ou quaisquer alterações nas atividades diárias. E quando esta linha do indivíduo perde a capacidade de recomposição, não havendo adaptação do indivíduo, este se encontra a caminho de um estado de enfermidade.

Neuman (1995) afirma que todos os indivíduos se encontram num estado de equilíbrio dinâmico (já que o sistema é aberto) com o seu meio ambiente, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. De forma que a situação de estresse surge como produtor de tensão, com o potencial de causar instabilidade no sistema e, por consequência, desequilíbrio ou distúrbio na harmonia individual. Assim, esta desarmonia pode ocorrer sempre que os fatores de estresse rompem as linhas de defesa pessoais, sendo que estes podem se dividir em estressores intra, inter e extrapessoais (**Figura 2**).

Para entender os fatores estressores, algumas variáveis devem ser consideradas ao se pensar no indivíduo de forma holística, são elas: biológicas, psicológicas, sócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais (NEUMAN, 1995).

Assim, a variável *biológica* se refere à estrutura e às funções do organismo; a variável *psicológica* refere-se aos processos mentais e relacionamentos; a *sócio-cultural* tem haver com as expectativas e às atividades sociais e culturais; a de *desenvolvimento* se refere aos processos relativos ao crescimento durante o ciclo da vida; e já a variável *espiritual* diz respeito à influencia de crenças espirituais. Em uma situação ideal estas funcionam em harmonia e com estabilidade em relação aos estressores ambientais externos e internos (GEORGE, 2000).

De forma que a partir do entendimento do que é um estressor e das variáveis, é necessário explicitar que os estressores podem ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais. Cross (1993) explica que os *estressores intrapessoais* são forças que ocorrem dentro do indivíduo (p. ex: raiva; atitudes ou desenvolvimento pessoal; capacidade física).

Os *estressores interpessoais*, por sua vez, referem-se às forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos (p. ex: sentimentos acerca do papel – psicológica; relação entre familiares). Já os *estressores extrapessoais* são forças que ocorrem fora do sistema e que agem sobre o indivíduo (p. ex: desemprego, habitação – força externa; influência da aceitação de colegas – força sociocultural; sentimentos atuais sobre o emprego – psicológica; capacidade para executar o trabalho – biológica, de desenvolvimento e psicológica) (CROSS, 1993).

Para Cross (1993) esses estressores podem conter simultaneamente uma variável sociocultural, psicológica, biológica, de desenvolvimento e/ou espiritual. Como, por exemplo, a dor: uma força interior, no indivíduo, influenciada pela idade (de desenvolvimento), capacidade física (biológica) e experiências passadas (psicológica).

Neuman (1995) foca também na importância da família, que segundo a autora está relacionada ao conjunto de elementos com identidade própria, é um sistema que afeta todos os aspectos de vida de um indivíduo, ou seja, qualquer mudança que afete o sistema pessoa afeta o sistema família sendo também verdade no sentido inverso (NEUMAN, 1995).

É preciso ressaltar também que para Neuman (1995) e Cross (1993) há três principais tipos de intervenção de Enfermagem:

1) *prevenção primária* – refere-se à fase de identificação dos estressores que possam causar desequilíbrio ao sistema, sendo portanto ao nível do risco, ou seja, procura prevenir uma possível invasão do exterior, fortalecendo a linha flexível de defesa e diminuindo a possibilidade de reação. Alguns objetivos estão relacionados a este tipo de prevenção, entre eles: informar, apoiar, motivar, integrar e educar, para que o ser humano possa manter ou atingir o seu bem-estar.

Ainda nesse sentido, a *promoção da saúde*⁶ é um componente da área de prevenção primária e é um dos objetivos específicos para a ação de Enfermagem.

2) *prevenção secundária*: fase da monitorização dos estressores, tendo em vista a proteção da estrutura básica, já relacionada ao tratamento, mas mobilizando os recursos do sistema – internos ou externos - para a sua estabilização e conservação da energia, fortalecendo as linhas internas de resistência. Os objetivos que estão relacionados são: monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar, para que o ser humano apresente uma menor reação e ao mesmo tempo aumente os fatores de resistência.

⁶ Está associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, entre outros. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, mais recentemente, passou a representar um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2000).

3) *prevenção terciária*: reconstituição e manutenção do bem-estar do sistema após o tratamento, de forma que com o fortalecimento das linhas de resistência possa se prevenir ocorrências futuras e para que o usuário recupere a estabilidade ótima do sistema. Este processo é cíclico no sentido da prevenção primária. Os objetivos relacionados a esta etapa são: estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar, para que o ser humano enquanto sistema possa vir futuramente a identificar os estressores e ele próprio criar defesas face aos estressores para se manter em equilíbrio.

É importante mencionar que a *reconstituição* se trata do estado de adaptação aos elementos estressores em um entorno interno ou externo, e pode começar em qualquer grau ou nível de reação, com o objetivo de estabelecer um novo padrão de bem-estar, seja acima ou abaixo do nível da linha normal de defesa (LEOPARDI, 1999). Logo, é interessante sempre identificar os fatores que possam contribuir para a reconstituição do indivíduo.

Para Neuman, o indivíduo, permanentemente, enfrenta estressores na tentativa de recuperar o seu estado de viver saudável, confirmando a integridade do sistema. O papel do enfermeiro, então, é intervir no sistema para reduzir a possibilidade de encontro do indivíduo com o estressor e, no caso desse persistir, utilizar técnicas, a fim de reforçar a linha flexível de defesa do indivíduo (LEOPARDI, 1999).

Assim, baseado nessas proposições, Cross (1993) acredita que uma boa avaliação do impacto e do significado de cada estressor no sistema, e a compreensão das habilidades anteriores de enfrentamento, são fundamentais para uma adequada intervenção de Enfermagem.

Essa idéia também está presente na teoria psicológica de Beck de 1979, na qual o enfrentamento de situações estressantes por meio da mudança do comportamento disfuncional era utilizada no tratamento de pacientes deprimidos. De forma que o uso de drogas psicotrópicas foi então explicado como sendo um comportamento automático, aprendido e possível de ser redimensionado (BECK et al., 1979).

O fato é que vários programas educacionais têm utilizado o modelo de Betty Neuman, e alguns destes localizados nos Estados Unidos relataram benefícios com o uso do modelo (PARKER, 2001):

O modelo (1) facilitou considerações culturais no currículo relacionadas com as populações das escolas e graduados, (2), enfoque de enfermagem em oposição ao enfoque médico, (3) inclui o conceito de clientes como seres holísticos, (4) permitiu flexibilidade na organização do conteúdo e conceituação do programa de necessidades, (5) foi abrangente e facilitador vendo a pessoa como compostos de cinco variáveis (6), forneceu um quadro para estudar a doença individual e reação a fatores estressantes (7), foi suficientemente amplo para permitir os programas educacionais a considerar a família como o contexto em que vivem os indivíduos ou como unidade de cuidado, e (8) considerou o ambiente.

Além disso, os Sistemas de Neuman segundo Parker (2001) está sendo utilizado em diversos cenários de prática. Nos Estados Unidos, o modelo é usado para orientar a prática com pessoas que apresentam comprometimento cognitivo; à família de pacientes em terapia intensiva; proporcionar apoio estável para pais com bebês em unidades neonatais de cuidados intensivos, e para atender as necessidades dos cuidadores, com ênfase em clientes com câncer, traumas e HIV / AIDS.

O modelo também é utilizado em Enfermagem psiquiátrica, geriátrica, perinatal e saúde ocupacional. Além de ser também usado em países como Canadá, Reino Unido, Suécia, Países Baixos, Nova Zelândia, Austrália, Jordânia, Israel, Eslovênia, e em vários países do leste asiático (por exemplo, o Japão, Coreia e Taiwan), sendo que as áreas de atuação incluem comunidade /cuidados de saúde pública (PARKER, 2001).

E ainda, no Brasil, esse método também tem sido usado nas pesquisas de Enfermagem (poucas, mas significativas), como em estudo de caso de um paciente com esquizofrenia paranóide (RIBEIRO, 2009); estudo que identificou os estressores vivenciados por crianças/adolescentes e acompanhantes em situação de urgência/emergência (OLIVEIRA; KLEINUBING; SELL, 2007); sobre a prevenção de úlcera de pressão (SOUSA, 2004); tese de doutorado que abordou os estressores vivenciados por paciente em terapia intensiva (BRINGUETE, 2000); pesquisa sobre a espiritualidade relacionada aos pacientes com HIV/AIDS (SOARES, 2003); estressores pré-cirúrgicos (SOUSA, 1997); abordagem à pessoa idosa e seu familiar (SANDRI, 1997) e pesquisa que identificou os estressores em mães de recém-nascidos de alto risco (MOREIRA, 2001).

Assim, a partir de todas as colocações, é relevante entender como é proposto o processo de Enfermagem por Neuman (ANEXO 1). Para a autora, este deve ser

organizado em três fases principais: *diagnóstico de enfermagem*, *metas de enfermagem* e *avaliação dos resultados de enfermagem* (NEUMAN, 1995):

- a primeira fase está intrinsecamente relacionada com a identificação e avaliação dos fatores *estressores* reais ou potenciais que ameacem a estabilidade do indivíduo;

- as metas de enfermagem correspondem a objetivos traçados pelo conjunto enfermeiro-indivíduo de modo a conseguir a mudança prescrita e desejada a fim de o desvio do bem-estar, e para tanto são necessárias as intervenções de Enfermagem (primária, secundária e/ou terciária – como já mencionadas anteriormente);

- a avaliação de enfermagem permite confirmar o grau de consecução dos objetivos e estabelecer novas metas, se necessário.

Portanto, pretende-se responder às indagações, adotando como caminho estrutural o Modelo de Betty Neuman ao propor uma estratégia de atuação em Enfermagem para atenção a um usuário de crack comprometida com a manutenção da abstinência, na melhoria da qualidade de vida e na visão holística e multidimensional que lhe é inerente. E ainda, investigando os estressores individuais e ambientais, os recursos disponíveis, e os resultados (metas) estabelecidos na interação enfermeira-usuário. Interação esta de fundamental importância nas proposições de ações educativas e/ou assistenciais no campo da dependência química.

Assim, diante das questões mencionadas, a pesquisa em questão tem o propósito de procurar contribuir para a construção de um saber de Enfermagem Psiquiátrica / Saúde Mental, com especificidade no usuário de crack, de forma a conhecer a realidade deste caso e discutir estratégias de Enfermagem para embasar intervenções.

OBJETIVOS

*Porque há o direito ao grito.
então eu grito.
(Clarice Lispector)*

4.1 GERAL

Propor uma estratégia de atenção para usuário de crack, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

4.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o usuário de crack quanto às variáveis biológicas, psicológicas, sócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais;
- Identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem para usuário de crack, por meio da taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) a partir dos estressores intra, inter e extrapessoais;
- Sistematizar a Assistência de Enfermagem ao usuário de crack por meio da taxonomia II da NANDA, da *Nursing Interventions Classification* (NIC) e da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), fundamentada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

PERCURSO METODOLÓGICO: TECENDO OS CAMINHOS

*Da mesma forma como as notas do piano se oferecem
a qualquer um, sem que isto nos torne compositores;
Da mesma forma como as palavras se oferecem a todos
nós, sem que isto nos torne poetas;
Da mesma forma como as tintas se oferecem a quem
quer que as deseje, sem que isto os torne pintores.
Falta uma capacidade criadora, um poder de síntese e
organização, uma imaginação que traz a existência
coisas que não existiam, um poder para pular e saltar...
Também na ciência: os dados, sem a centelha que lhes dá
arquitetura e os coloca em movimento, são inertes, mortos, mudos...
(Rubem A. Alves, 1996: 129)*

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Foi utilizado o método de *estudo de caso*, pois este é “considerado um dos mais relevantes tipos de pesquisa qualitativa” (TRIVIÑOS, 1990). É então, por meio desse método, que o pesquisador busca “analisar e entender as variáveis que são importantes para história, desenvolvimento, ou cuidado do sujeito ou problemas do mesmo” (POLIT; HONGLER, 1987).

Segundo Triviños (1990), embora o estudo de caso não necessite da elaboração, ‘a priori’, de hipóteses, sua complexidade aumenta à medida que o investigador se utiliza de um referencial teórico norteador no aprofundamento do assunto em questão.

E ainda, se deve considerar segundo Kessler e Pechansky (2008) que há um consenso de que a temática sobre os usuários de crack exige uma abordagem difícil e complexa, pois é uma doença crônica e grave, bem como é de gênese multifatorial de forma que devem ser consideradas questões como fatores sociais, familiar, físico, mental, questões legais, qualidade de vida, prevenção de recaída, entre outros (PULCHERIO et al., 2010).

Assim, o estudo de caso se torna apropriado para o aprofundamento das questões relacionadas a essa temática. E, além disso, para Galdeano, Rossi e Zago (2003) o método é apropriado para ser aplicado na assistência direta de Enfermagem, com a finalidade de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, a fim de elaborar estratégias para solucionar ou reverter os problemas encontrados.

Os *estudos descritivos* apresentam como objetivo a busca de informações apuradas a respeito do objeto, seja ele o indivíduo, grupos, instituição ou situações, procurando não só caracterizá-los, mas também esclarecer um perfil (BREVIDELLI, DE DOMENICO, 2006). É um tipo de estudo que além de procurar abranger aspectos gerais de um contexto social, possibilita a explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos (OLIVEIRA, 2001).

A classificação do *estudo como exploratório* se deve ao fato de que o objeto de estudo é desconhecido até o momento, sendo que este inquérito irá se inclinar à exploração de um fator desconhecido em determinada população (PEREIRA, 2002).

Pesquisar com *métodos qualitativos* envolve utilizar com freqüência múltiplas fontes de dados, mais do que uma só. Empregar a observação de primeira mão, as entrevistas com perguntas abertas, os relatos, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos (TOBAR; YÁLOUR, 2001, p.92).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad) de Vitória, anteriormente denominado Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), serviço que integra a rede de atenção em saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), estado do Espírito Santo.

O CPTT⁷ foi o primeiro serviço municipal implantado no estado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, iniciando suas atividades em 1993 e tornando-se referência para todo o estado. Somente em 2003 e 2006, ocorreu a ampliação da rede de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas, sendo implantados mais dois CAPSad, nos municípios de Vila Velha e Serra, respectivamente (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2008). Como mostra o documento oficial, Brasil (2010b), que aponta o estado com apenas 03 CAPSad.

O fato é que a partir de 2002, seguindo a normalização do Ministério da Saúde, o CPTT passa a funcionar um serviço na modalidade de CAPS ad, vivenciando mudanças operacionais. Dentre as funções atribuídas, conforme Brasil (2002) se destaca a formação de recursos humanos; serviços e programas de saúde mental e regulação da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito do seu território.

Ainda se deve considerar, como mencionam Reis e Garcia (2008) que apesar do centro de referência ser mantido pela PMV, os usuários do serviço também procedem de outros municípios que não possuem CAPSad, como demonstraram Siqueira et al. (2007) no censo sobre a rede capixaba de atenção.

Assim, o CAPSad de Vitória tem como objetivo tratar e desenvolver as potencialidades dos pacientes para que possam trilhar novos caminhos, tratar os dependentes e diminuir a violência no município. O processo de trabalho abrange o atendimento individual; atividades grupais na Atenção Diária oferecendo espaços de interação, comunicação, arte, criatividade e de conhecimento possibilitados pelas oficinas terapêuticas, e grupos de acolhimento; além de acompanhamentos aos usuários e familiares (VITÓRIA, 1989; 1999).

Segundo Reis e Garcia (2008), no início do processo de atendimento é identificada a demanda da pessoa e, com a sua participação, estabelecido o Projeto Terapêutico Individual (PTI), o qual pode ser inserido nas modalidades: intensivo; semi-intensivo; ou não-intensivo.

⁷VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Projeto do Centro de Tratamento de Toxicomanias de Vitória**. Vitória. 1989.

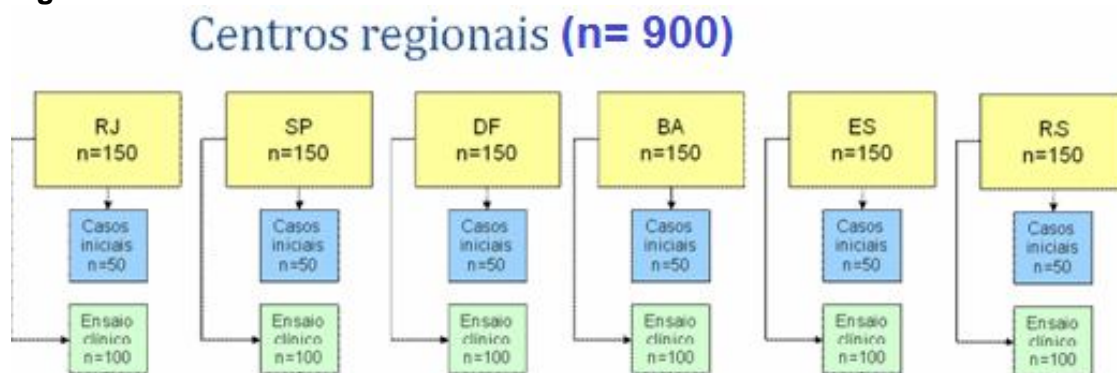
Para Rocha (2005) o CAPSad é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. As atividades que devem ser desenvolvidas estão listadas na Portaria nº. 336/2002, referindo-se à 'equipe': atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), em oficinas terapêuticas, à família, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias com foco na integração social do usuário na família e na comunidade (BRASIL, 2004b).

No CAPSad algumas atividades são específicas de profissionais, mas as mais importantes são as que devem ser desenvolvidas por todos, inclusive o enfermeiro, como a escuta, acolhimento, estímulo para a vida, para a autonomia e para a cidadania. Assim, atuar nesses dispositivos implica em um conhecimento sobre a pessoa, sua singularidade, em contato cotidiano e proximidade com o paciente. De forma que é um espaço concebido para trabalhar a experiência-sofrimento dos usuários, ou seja, se trata de construir com o paciente o sentido do que lhe acontece e os caminhos a seguir. Isso muda as relações entre profissional e paciente, situação para a qual muitos enfermeiros não foram preparados (ROCHA, 2005).

5.3 SUJEITO DO ESTUDO

Como esta pesquisa é um subprojeto (já explicado anteriormente), é interessante destacar alguns aspectos do estudo multicêntrico. Neste serão selecionados 900 pacientes usuários de crack que estejam em tratamento nos CAPSad, sendo 150 em cada uma das seis capitais participantes – Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Salvador, Vitória, e Porto Alegre. Os 150 casos, então, serão avaliados por meio do método quantitativo – na primeira etapa, o estudo transversal e na segunda etapa, o ensaio clínico (DUARTE; PECHANSKY, 2010), como mostra a **Figura 1A** abaixo:

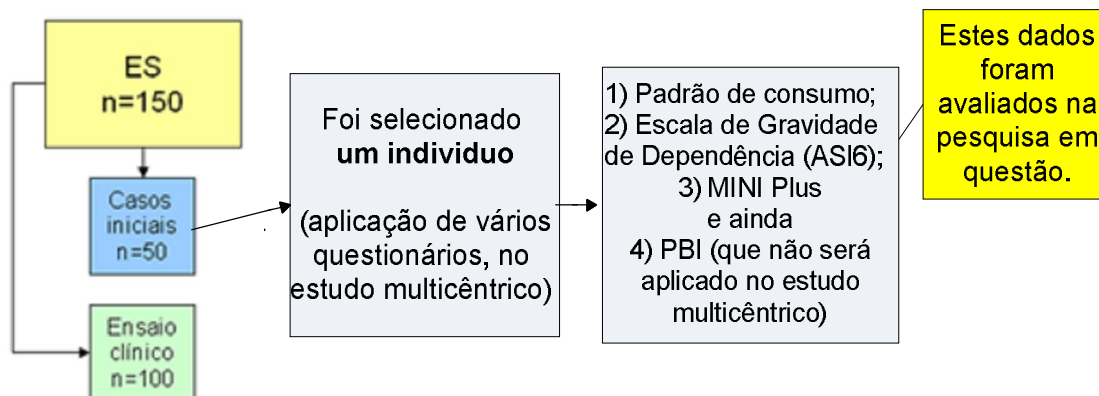
Figura 1A: Amostra do Estudo Multicêntrico.



Fonte: Duarte e Pechansky (2010).

No entanto, face ao exposto nos itens anteriores, devido às particularidades desta pesquisa e seus objetivos inerentes, a amostra desta consistiu em apenas **um indivíduo** (do estudo multicêntrico), como aponta a **Figura 1B**.

Figura 1B: Amostra do Estudo Regional.



Assim, da mesma forma como acontece no estudo multicêntrico, nesta pesquisa, o sujeito foi escolhido para o estudo de caso seguindo alguns critérios de inclusão: 1) ter idade maior do que 18 anos; 2) relatar fazer o uso do crack como droga preferencial e 3) se dispuser a participar da pesquisa de forma voluntária. E ainda, o 'caso' selecionado para este estudo foi escolhido de forma aleatória entre os 50 sujeitos – da etapa transversal - do estudo multicêntrico.

5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi estruturada observando-se os dispositivos legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1996), sendo que o estudo multicêntrico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP–HCPA) (ANEXO 2) e foi ainda contemplado com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências de Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (ANEXO 3). Os dados foram coletados somente após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) formulado pelos responsáveis pelo estudo multicêntrico (DUARTE; PECHANESKY, 2010) e acrescido de contatos dos pesquisadores do centro regional do Espírito Santo. Além disso, foi solicitada a autorização para realização da pesquisa no CAPSad de Vitória por meio do Termo de Consentimento Institucional (APÊNDICE B).

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no CAPSad, por um estudante de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo - previamente treinado para a aplicação dos questionários no estudo multicêntrico - e com a participação da pesquisadora que acompanhou toda a coleta e aplicou o último instrumento: o *Parental Bonding Instrument* (PBI).

Ressalta-se que a coleta foi realizada desta forma uma vez que os instrumentos são alguns dos que foram aplicados no estudo multicêntrico, com exceção do instrumento PBI que foi adicionado nesta pesquisa com o intuito de alcançar os objetivos propostos. E ainda, a participação da pesquisadora na coleta é de extrema importância devido à possibilidade de observação, com a intenção de não perder o contato ‘olho a olho’ com o usuário e a identificação de suas expressões de

comunicação não-verbal⁸ – inerentes a todo processo de entrevista e tão necessários à Sistematização da Assistência de Enfermagem, proporcionando a este indivíduo a certeza de que está sendo ouvido com atenção e interesse. Além disso, esta estratégia é fundamental devido à função educadora do enfermeiro, como motivador de mudanças de comportamentos nos aspectos de saúde (SILVA, 2000).

Assim, a coleta ocorreu em junho de 2011 e foram utilizados o questionário do *padrão de consumo de crack* (ANEXO 4), a *Escala de Gravidade de Dependência - Addiction Severity Index*, 6ª versão (ASI6) (ANEXO 5), o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus) (ANEXO 6) e o *PBI* (ANEXO 7).

De forma que, com a coleta de dados a partir destes instrumentos foi possível identificação das variáveis relacionadas aos mesmos, de forma que: para as variáveis biológicas foram usados dados do *ASI6* e do questionário de perfil de consumo de crack; para as variáveis psicológicas foram usados o *Mini Plus* e alguns dados do questionário de perfil de consumo de crack; para as variáveis socioculturais foi usado apenas o *ASI*; em relação às variáveis de desenvolvimento utilizou-se o *PBI*, e já para a variável espiritual foi considerado algumas questões abordadas no *ASI*. E assim, foi possível a identificação dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.

A partir da coleta, então, a pesquisadora propôs a estratégia de Sistematização de Assistência de Enfermagem, seguindo as etapas iniciais da mesma: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem e intervenção de Enfermagem. Além de discutir esta aplicação com base no Modelo de Betty Neuman, como é mencionado no objetivo.

Para tanto, o questionário relacionado ao *padrão de consumo de crack* que foi aplicado contém 27 perguntas fechadas, elaborado e testado previamente em estudo-piloto pelo centro regional de Porto Alegre (capital que está inserida no estudo multicêntrico). Neste, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade de início do uso de crack; motivo de uso da substância; tempo de uso; aumento da frequência

⁸ O conhecimento do não-verbal pode favorecer a percepção dos enfermeiros quanto aos sentimentos, emoções, dúvidas e dificuldades não verbalizadas pelo paciente (SILVA, 1993).

de uso; aumento da quantidade de uso; tempo decorrente para o uso freqüente; tempo decorrente para consumo mais intenso; quantidade usada por semana; freqüência de uso do crack; média de gasto com a droga; se o uso demasiado segue períodos de abstinência; horas por dia destinadas ao uso; quantidade máxima de crack usada; situações em que o uso ocorre; período do dia em que o uso ocorre; maior tempo de abstinência ocorrido; forma de uso do crack; complicações físicas do uso; efeitos do uso sobre o humor e funções mentais; efeitos do uso sobre relacionamento com outros; efeitos do uso sobre o trabalho; efeitos do uso sobre a situação financeira; conseqüências legais do uso; conseqüências negativas do uso; quando a droga foi usada pela última vez; quanto de crack foi usado na última vez; uso associado a outras drogas. Sendo que a gravidade da dependência do crack será mensurada pela quantidade consumida por semana.

Já a *Escala de Gravidade de Dependência (ASI6)* busca avaliar a vida do paciente em 7 áreas de funcionamento: médico, trabalho, aspectos legais, aspectos sócio familiares, psiquiátrico e uso de álcool e outras drogas.

O instrumento *MINI Plus* foi usado para avaliação de 17 comorbidades psiquiátricas (episódio depressivo maior, transtorno distímico, risco de suicídio, episódio - hipo e/ou hiper - maníaco, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, dependência; abuso de álcool, dependência e abuso de substâncias - não-alcoólicas -, síndrome psicótica, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de personalidade anti-social).

Já o *PBI* é um instrumento de avaliação familiar, com 25 perguntas em relação ao pai e à mãe, em que o sujeito responde o quão parecido aquele comportamento é com o comportamento dos pais até os seus 16 anos. Esse instrumento mede: o 'cuidado'- afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade *versus* frieza e rejeição, e 'superproteção' - controle, intrusão *versus* encorajamento da autonomia). Para a identificação destes aspectos foram consideradas as instruções de aplicação da escala (ANEXO 8). E ainda, para fins desta pesquisa foi utilizado o instrumento em sua versão adaptada ao português brasileiro (HAUCK et al., 2006).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram organizadas numa planilha Excel a fim de auxiliar na caracterização do estudo de caso.

A partir daí, para se chegar aos diagnósticos e à sistematização, foi utilizada a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, a *Nursing Interventions Classification (NIC)* e a *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Para isso a pesquisa teve como base uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC (NNN) desenvolvida pela *NANDA International* para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados (DORCHTERMAN; JONES, 2003; NANDA, 2006; DORCHTERMAN; BULECHEK, 2008; JOHNSON, 2009).

De forma que para apresentação dos resultados da pesquisa optou-se por adaptar o processo de Enfermagem proposto por Betty Neuman (ANEXO 1). É possível observar que o Modelo de Betty Neuman não distingue o levantamento de dados ou histórico de Enfermagem como uma fase do processo de Enfermagem propriamente dita, porém o incorpora na fase de diagnóstico.

Mas, para obtenção dos resultados desta pesquisa, esta etapa foi considerada a fim de possibilitar a melhor identificação dos estressores e das variáveis. Segue abaixo, então, o **Quadro 2** com a adaptação do modelo de aplicação do processo de Enfermagem de Betty Neuman, usando o NANDA-NOC-NIC.

Categoria	Resultados
<p>Histórico de Enfermagem Coleta de dados a partir dos instrumentos mencionados na etapa de metodologia desta pesquisa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Possibilitar a identificação dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, relacionados às variáveis biopsicossociais, culturais, de desenvolvimento e espirituais; 2. Avaliação do ambiente/entorno que envolve o usuário.
<p>Diagnóstico de Enfermagem Análise da coleta dos dados, observando as necessidades do usuário e definição dos diagnósticos de Enfermagem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baseado na aquisição dos dados apropriados, identifica, classifica e avalia a interação dinâmica das variáveis biopsicossociais, culturais, de desenvolvimento e espirituais; 2. Classificação dos fatores estressores, conforme o Modelo de Betty Neuman; 3. Identificação das características definidoras, a partir da coleta de dados, para cada diagnóstico; 4. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem a partir do <i>NANDA International</i>.

<p>Resultados de Enfermagem Identificação dos resultados de Enfermagem e medição por meio de um <i>continuum</i>, a partir da NOC.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação e medição dos resultados propostos na interrelação do profissional e usuário por meio de um <i>continuum</i> (Escala de <i>Likert</i>), a partir da NOC; 2. Definição dos indicadores, a partir da coleta de dados, usados para identificação dos resultados propostos.
<p>Intervenção de Enfermagem Abrangem a interrelação do profissional com o usuário e também as intervenções necessárias para a manutenção de sua homeostasia, a partir da NIC.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estratégias de intervenção do enfermeiro postuladas para reter, obter e/ou manter a estabilidade do sistema do usuário, a partir da NIC; 2. Definição de cada atividade relacionada à intervenção proposta, conforme as necessidades do usuário.
<p>Tipo de abordagem segundo o modelo de Betty Neuman Reporta a relação da abordagem com os modos de prevenção descritos no Modelo de Betty Neuman.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Classificação da abordagem a ser realizada pelo enfermeiro, utilizando um ou mais modos de prevenção segundo proposta do Modelo de Betty Neuman; 2. Explicação de cada tipo de abordagem utilizada de acordo com as necessidades do usuário bem como daquelas necessárias para reconstituição e/ou manutenção das linhas de defesa e de resistência.

Quadro 2 – Descrição da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A partir do **Quadro 2** é possível compreender que a etapa de Avaliação do processo de Enfermagem não será contemplada, uma vez a pesquisa se destina a propor uma estratégia de atuação para o enfermeiro ao usuário de crack - conforme apontado na seção 'Objetivos', e a etapa de avaliação comporia uma próxima etapa científica. Assim, o foco central desta pesquisa é a atuação do enfermeiro ao usuário de crack com a meta principal de manutenção e reconstituição da estabilidade deste indivíduo.

ELABORANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
Esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
(Guimarães Rosa)*

Neste capítulo é apresentada a vivência da pesquisadora na participação da coleta de dados junto ao usuário de crack, a qual possibilitou o desenvolvimento da proposta de aplicação da SAE.

Atendendo aos objetivos propostos e critérios metodológicos adotados neste estudo, procurou-se, à luz do Modelo de Sistemas de Neuman, identificar as variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, com base na coleta de dados realizada.

Desde o momento inicial do encontro com o sujeito da pesquisa foram feitas diversas observações pela pesquisadora, as quais levaram em consideração o contato 'olho no olho' com o entrevistado, sua comunicação não-verbal, suas falas e exemplos durante as conversas informais ao longo da entrevista – dados estes que são de extrema importância na elaboração da SAE.

O contato com E. L. R., 26 anos, foi realizado em sua primeira atividade no CAPSad - o grupo de acolhimento. No encontro, foram explicados de forma sucinta os objetivos da pesquisa e, após a concordância do paciente, foi agendada a data para a coleta dos dados.

E.L.R. chegou ao CAPSad na data marcada, 50 minutos após o horário agendado. Segundo ele, o atraso ocorreu devido aos problemas do trânsito. Aparentava, por meio de expressões e entonação de voz, estar entusiasmado em participar da entrevista, a qual foi realizada em ambiente calmo e tranqüilo.

O usuário foi convidado, após explicação e esclarecimentos sobre a pesquisa, a assinar o TCLE. Logo após iniciou-se a coleta de dados e E.L.R. foi receptivo e comunicativo durante todo o período. Demonstrava interesse ao mencionar

exemplos e parecia se preocupar em entender muito bem as perguntas para então respondê-las de forma clara e verdadeira.

6.1 VARIÁVEIS QUE AFETAM O EQUILÍBRIO DO SISTEMA

Abaixo está descrita toda a história de vida do participante, relatada pelo mesmo durante este processo, configurando o *Histórico de Enfermagem*:

➤ Variáveis biológicas

- **Uso de drogas:** Em conversa informal afirma que o primeiro contato com o álcool foi nos primeiros meses de vida, quando seu pai embestia a chupeta nas latas de cerveja. E aos 5 anos começou a fazer uso de álcool mais constante, com efeitos bem significativos de embriaguez. Fez uso da maconha pela primeira vez aos 09 anos, e a consome até a idade atual. Mas, afirma que no último mês não fez uso desta droga.

Iniciou o uso de cocaína inalada com 10 anos e ainda faz uso hoje – esporádico, pois a preferência é o crack. Fez uso do crack pela primeira vez aos 19 anos, e hoje é sua droga de preferência – usa praticamente todos os dias. Iniciou o uso do cigarro aos 5 anos, quando ‘pegava’ de seu pai escondido, hoje (desde os 20 anos) faz uso diariamente e ao usar o crack. Nunca experimentou outras drogas como estimulantes, alucinógenos, heroína, outros opióides ou inalantes.

Nunca usou drogas injetáveis e nem compartilhou seringas. No último mês teve relação sexual com uma pessoa (com quem já se envolveu há algum tempo, a define como sua ex-mulher). Afirma que faz teste para HIV/AIDS regularmente, pois se preocupa com isso, mas já fazem 6 meses do último teste, que segundo ele foi negativo.

Álcool: Nos últimos 15 anos de sua vida fez uso do álcool regularmente praticamente todos os dias da semana, quando ingere mais de cinco drinks por dia. OBS: Neste momento da entrevista, E. L. R. ri do uso da palavra drink ou dose, porque segundo ele a quantidade que consome é muito maior e deveria ser contada em

número de garrafas. Mas, ao ser questionado quantas, o mesmo fica em dúvida e não soube precisar quantas, reafirmando que a quantidade é grande.

Nos últimos 30 dias ingeriu bebida alcoólica (qualquer tipo) todos os dias, com exceção do dia anterior à entrevista, pois iniciou o tratamento no CAPSad e havia feito uso de medicação na qual os profissionais de saúde o alertaram que o uso do álcool prejudicaria o efeito terapêutico.

Nos últimos 12 meses, constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito. Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava e sentia-se agitado, e por várias vezes bebeu uma dose para evitar esses problemas. Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia. Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber. Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool.

Afirma não ter sentido nenhum sintoma de abstinência ao álcool (mas, deve-se ressaltar que o mesmo não havia ficado sem a bebida até o dia anterior à entrevista). Refere que teve dificuldade em controlar o uso da bebida, e assim passando grande parte do dia bebendo. E ao mesmo tempo, que não teve fissuras ou desejos intensos de beber – o que parece contraditório. Por causa da bebida, teve problemas no trabalho (bicos) e discussões com familiares nos últimos 30 dias. Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde e/ou problemas psicológicos. Relata que o seu tratamento para o uso do álcool é ‘extremamente’ importante, assim como poder alcançar a abstinência do mesmo. Caracteriza: **Dependência de Álcool Atual.**

Crack: Iniciou o consumo (aos 19 anos), motivado pela curiosidade. A partir daí, em cerca de 30 dias, o uso de crack se tornou freqüente e cada vez mais intenso. Hoje, em média consome cerca de 50 pedras por semana (500 reais aproximadamente) e faz uso da droga quase todos os dias - cerca de 7 a 8 pedras de crack (70 a 80 reais) em uma única ocasião. Nesses dias, passa mais de 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos do crack. Quando começava a usar crack freqüentemente consumia mais do que pretendia. Constatou

que precisava de quantidades cada vez maiores de crack para obter o mesmo efeito inicial.

Quando usava menos ou parava de consumir crack, tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir e sentia-se agitado, ansioso, irritável ou deprimido. Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) e passou menos tempo com parentes por causa da droga.

Faz uso da droga sempre sozinho e na maioria das vezes no período da tarde e fim da noite\madrugada. A forma de uso da droga é sempre por meio de latas que encontra na rua.

Já experimentou alterações físicas relacionadas ao uso da droga, são elas: diminuição de energia, tremores, perda de peso, tosse, problemas de sono\insônia e convulsões. Quanto aos efeitos do crack sobre o seu humor e funções mentais, ele menciona: irritação, ataques de pânico (medo de morrer), explosões de raiva, paranóia, ansiedade\ nervosismo e diminuição do interesse sexual. Continuou a usar crack mesmo sabendo que lhe causava problemas de saúde e/ou problemas psicológicos.

Afirma que só faz uso de crack se consumir álcool antes, pois senão não teria coragem: *“o álcool me deixa mais relaxado...”*. E sempre faz uso do cigarro junto com o crack, para fumá-lo. Usou o crack há dois dias (pouco antes de procurar tratamento no CAPSad) quando consumiu 6 pedras (60 reais). Afirma sentir fissuras e que o seu tratamento para o uso de drogas é ‘extremamente’ importante, assim como poder alcançar a abstinência das mesmas. Caracteriza: **Dependência de Substância Atual – Crack.**

Já procurou ajuda para tratamento do seu uso de álcool e drogas cerca de 11 vezes (incluindo em sua maioria comunidades terapêuticas evangélicas, um tratamento realizado no CAPSad – anterior a este - quando ficou 8 meses em abstinência -, e grupo de Narcóticos Anônimos – frequentou por 3 meses). A primeira vez que procurou tratamento foi aos 20 anos. Já fez uso uma vez de medicação (Diazepam) prescrita para tratar seu uso de álcool e drogas.

- **Saúde:** Não possui nenhum tipo de convênio/seguro saúde. Afirma que não tem pressão alta, diabetes, HIV/AIDS, hepatite, doenças renais ou cardíacas, câncer, problemas respiratórios. Mas refere que há dois anos fez tratamento (esteve hospitalizado por 11 dias) para tuberculose (e hoje só faz acompanhamento, sem sintomas).

Refere que nos últimos 6 meses ficou 101 dias em hospital ou unidades de internação para tratamento de álcool ou drogas, sendo que há 4 dias procurou o pronto atendimento por estar sentindo mal-estar, tonturas e dores abdominais no lado direito.

Acredita que nos últimos dias sua saúde esteja 'boa'. Mas, ao mesmo tempo afirma que está 'extremamente' preocupado com sua saúde física e que é 'extremamente' importante o tratamento (segundo ele isso se deve ao uso do crack, pois acredita que traz problemas de saúde).

➤ Variáveis psicológicas

Nas últimas semanas sentiu-se triste, desanimado, deprimido, durante a maior parte do dia, quase todos os dias e em quase todo tempo teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam. Teve problemas de sono, mas em noites esporádicas. Afirma que não teve e nem tem problemas com alimentação – o apetite continua alto, quando não está sob o efeito do crack. Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume; sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias; sentiu-se sem valor e culpado, quase todos os dias (aqui, afirma que *“ah tenho vergonha do crack né... me sinto muito culpado por isso...”*). Teve ainda dificuldade de concentrar-se e de tomar decisões. Mas, em nenhum momento teve pensamentos ruins – como pensar que seria melhor estar morto. Caracterizam: **Episódio Depressivo Maior Atual.**

Mesmo sem estar sob o efeito do crack relata que teve um período em que se sentia tão eufórico e cheio de energia que isso lhe causou problemas. Mas, atualmente não se sente assim.

O fato é que nos momentos em que essas situações ocorriam, menciona que tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer; tinha menos necessidade de dormir do que costume; os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los; distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando; estava tão ativo e agitado que as outras pessoas se preocupavam por sua causa; desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais). Afirma que estes problemas já duraram pelo menos uma semana e causaram dificuldades em casa, no trabalho e nas suas relações sociais. Caracteriza: **Episódio Maníaco Passado.**

Afirma que já teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim, e estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos. A maioria desses episódios foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo. Por várias vezes teve medo de ter outros episódios. Durante esses episódios relata que: seu coração bateu muito rápido; teve tremores; sentiu desconforto no peito; sentiu-se tonto; teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis; teve medo de enlouquecer ou de perder o controle; teve medo de morrer; teve dormências ou formigamentos no corpo. Caracteriza: **Transtorno de pânico vida inteira.**

Em vários momentos já sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar (como exemplo, ele diz: *“fico muito... muito ansioso às vezes quando estou sozinho.. quando preciso resolver algo... já cheguei a procurar minha ex-mulher [pessoa com quem ele se envolveu, mas não foi casado] pra me ajudar porque sozinho eu não ia conseguir... tava muito nervoso”*). Afirma que tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado ao ter que enfrentá-las. Caracteriza: **Agorafobia.**

Durante o último mês, teve medo e sentiu-se incomodado por achar que era o centro das atenções e teve medo de ser humilhado em algumas situações sociais. Acha que esse medo é excessivo e injustificado (ressalta em sua fala que é muito

injustificado). Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta. Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais. Caracteriza: **Fobia social** (Transtorno de Ansiedade Social Atual).

Durante o último mês, teve, com freqüência, pensamentos/idéias e impulsos angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo (afirma que já sentiu por várias vezes e ainda sente uma necessidade incontrolável de ordenar coisas). Neste ponto da entrevista, ele diz que (*“quando vou à casa da minha mãe e vejo um armário organizado ou não, eu não agüento! Desarrumo e arrumo tudo de novo! É um saco, mas não agüento e faço de novo, e de novo...”*).

Afirma que já tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias ou ignorá-las. Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos. Mas, menciona que isto não aconteceu no último mês. Caracteriza: **obsessões**, mas não Transtorno obsessivo-compulsivo atual.

Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado, inquieto, ansioso com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho /casa, parentes). Teve essas preocupações quase todos os dias. Aspectos de **ansiedade**, mas não caracteriza o Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual.

Antes dos 15 anos, freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa; freqüentemente mentiu, enganou os outros ou roubou (relata que furtou sua mãe); provocou, ameaçou ou intimidou os outros (afirma que fez isso por várias vezes, mas que não chegou a agredir ninguém – só quando participou de uma briga aos 14 anos e foi detido na delegacia); fez sofrer animais de propósito. Depois dos 15 anos: freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente e não querer trabalhar para se sustentar; cometeu atos ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como roubar (furtar a sua mãe); freqüentemente mentiu e enganou os outros para obter dinheiro; não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ou roubado. Caracteriza: **Transtorno de Personalidade Anti-social: vida inteira**.

- **Abuso ou trauma:** Nunca foi fisicamente agredido\abusado por alguém, nem foi vítima de crime. Refere uma situação em que presenciou um conhecido sendo morto

– há 3 meses. Ao responder essa pergunta expressa naturalidade e diz que não está ‘nada’ preocupado com este evento.

- **Psiquiátrico:** Nunca foi internado ou recebeu tratamento para problemas psiquiátricos ou psicológicos. No último mês relata insônia devido o uso do crack. Sentiu-se deprimido, ansioso e nervoso a maior parte dos dias (quase todos os dias por pelo menos duas semanas seguidas). Teve episódio de alucinação há sete dias (relata que não estava usando as drogas neste momento – mas não vê relação com sintomas de abstinência). Afirma que *“ah... não quero nem lembrar disso”* e procura mudar o assunto – sente-se desconfortável neste relato. É interessante que em vários momentos da entrevista ele aponta que *“tem também aqueles que usam Gardenal né... que coisa de doido... esses aí estão doidão mesmo... eu nunca vou usar isso não! Isso de ver coisa, é coisa de doido mesmo!”*.

➤ Variáveis sócio-culturais

Afirma que está solteiro e que nunca se casou, mas se envolveu com uma mulher (que por várias vezes ele menciona ser sua ex-mulher). Esta, segundo ele, lhe disse que tiveram 1 filha (hoje com 07 anos – mas ele não tem certeza e nunca a registrou). Possui 09 irmãos (sendo que uma de suas irmãs está presa em Tucum há dois anos).

- **Moradia:** Está em situação de rua, apesar de ter a casa da mãe onde poderia morar, mas que por não se sentir acolhido prefere permanecer na rua e só vai à casa de sua mãe quando precisa tomar banho. Na casa de sua mãe residem ainda vários parentes adultos e pessoas que não seus parentes.

- **Emprego:** Estudou até a quinta série do ensino fundamental. Fez um curso para ser pintor, onde adquiriu um certificado (ao falar sobre este tema, sentiu-se animado, e disse: *“Certificado? Ah! Isso eu tenho sim! Eu sou pintor! Fiz um curso e sou pintor! Ah... e também sou auxiliar de jardinagem! Pode colocar aí!”*).

Não participa atualmente de nenhum treinamento técnico ou programa educacional. Não tem carteira de motorista, mas sim de moto (afirma que não dirige, pois não tem uma moto e pelo uso constante de álcool e crack: *“eu eih! Eu não paro de beber e fumar [o crack]... você acha... se eu for dirigir qualquer coisa eu morro né! Não quero morrer não!”*).

Atualmente está desempregado e faz alguns bicos como pintor e/ou como auxiliar de jardinagem, sendo que no último mês trabalhou remunerado durante 14 dias e ganhou cerca de 800 reais pelos serviços.

Em um momento afirma que está procurando por trabalho e pretende tentar fazer um curso supletivo (já sabe o local e já tem informações sobre o curso). No entanto, quando lhe é perguntado se procurou efetivamente algum emprego no último mês afirma que não, mas que acredita ser importante receber orientações para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego.

Nos últimos 30 dias não recebeu dinheiro das seguintes fontes: pensão, seguro social, assistência pública, outra assistência (vale-refeição ou vale transporte) e nem de quaisquer atividades ilegais (tráfico de drogas, prostituição, venda de objetos ilegais). Afirma que pediu à sua mãe a quantia de cerca de 20 reais no último mês.

Mas, em outro momento da entrevista quando questionado sobre roubos, de forma muito tímida e envergonhada (abaixou a cabeça e desviou o olhar, disse: *“ah... a minha mãe... roubei ela algumas vezes...”*). Como isto aconteceu sem o porte de armas, caracteriza furto e não roubo (como disse o entrevistado). E afirmou ainda, que os 20 reais teriam sido adquiridos desta forma.

Está muito endividado e atrasado em diversos pagamentos (empréstimos e outros), pois não tem renda suficiente para pagar suas necessidades básicas comida, roupas e outros (aqui ele acrescenta o uso de álcool e crack).

- **Legal:** Na sua vida inteira nunca foi preso, mas ficou detido na delegacia aos 14 anos devido a brigas com colegas. Nunca fabricou ou vendeu drogas, nunca praticou roubos, vandalismo, fraudes, jogos ilegais, agressões, abusos sexuais, assassinatos e nem portou armas. Mas, afirma que às vezes rouba dinheiro de sua mãe para comprar o crack, como dito anteriormente.

- **Lazer:** Frequentemente tem dificuldades em como aproveitar o tempo livre.

- **Uso do crack/social:** Entre os efeitos do consumo de crack sobre seu relacionamento com as outras pessoas, ele destaca: discussões com familiares, familiares que o expulsaram de casa, separação da parceira, isolou-se do convívio

com outras pessoas, tornou-se mais desconfiado com outras pessoas, perdeu o interesse pelas outras pessoas.

Efeitos do consumo de crack sobre o trabalho/escola: atraso, faltas, redução da produtividade, advertências, foi expulso da escola, trocou de emprego. Efeitos sobre sua situação financeira: gastou todo o dinheiro que tinha (por várias vezes), passou a vender e trocar objetos pessoais, incapacidade de pagar suas despesas e contas.

- **Família/social:** Afirma que não tem nenhum amigo íntimo/verdadeiro. Neste momento, a expressão facial se torna entristecida, mas afirma em tom de brincadeira: *“ah... mas hoje em dia, ninguém é amigo de ninguém mesmo né...”*.

No último mês teve contato com a ‘ex-mulher’ (suposta mãe de sua filha) e com parentes adultos, mas não falou de seus sentimentos ou problemas com ninguém. Teve problemas de relacionamentos com essas pessoas e muitas discussões com seus parentes (afirma que estes têm vários problemas com uso de álcool – inclusive sua mãe). Neste ponto, E. L. R. ri (como se estivesse auto-ironizando sua situação) e diz: *“nossa.. minha mãe.. meu Deus! Bebe demais! Muito mesmo, nunca vi igual!”*.

Mas, apesar de todas essas colocações afirma que se precisa de ajuda pode contar com essas pessoas (apesar de demonstrar dúvida na resposta). Afirma ainda (com mais certeza no tom de voz) que se precisar pode sim contar com outras pessoas – aqui ele cita: *“talvez algum médico... ah! Algum pastor né!”*.

Pensando assim, reafirma que não tem estado ‘nada’ satisfeito com seus relacionamentos com parentes ou pessoas próximas. E isso o tem deixado ‘extremamente’ preocupado. Sente-se nervoso quando está com outras pessoas, e tem muita dificuldade de falar de seus problemas e sentimentos.

➤ Variáveis de desenvolvimento

Em relação à **mãe** afirma que nunca teve um bom relacionamento e que ela sempre abusou muito do álcool e o faz até hoje. Após aplicação do PBI pode-se observar que a categoria ‘*cuidado*’ foi considerada extremamente baixa pelo usuário, com pontuação de zero. Assim, pode-se concluir que para ele sua mãe não lhe teve nenhuma expressão de afeto ou cuidado na sua infância e até seus 16 anos. Entre os itens que ele destaca como ‘*muito diferente*’ do que sua mãe fazia estão: falava

comigo com uma voz meiga e amigável; parecia compreender meus problemas e preocupações; era carinhosa comigo; gostava de conversar sobre as coisas comigo; freqüentemente sorria para mim; podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado. Já os itens que eram '*muito parecido*' com as atitudes e comportamentos de sua mãe, estão: não me ajudava tanto quanto eu necessitava; parecia emocionalmente fria comigo; parecia não entender o que eu necessitava ou queria; fazia com que sentisse que não era querido; não conversava muito comigo; não me elogiava.

Quanto ao item '*superproteção*' foi considerado um pouco acima do seria ideal, com pontuação de 19,3. Demonstrando situações e episódios - talvez esporádicos - de superproteção pela mãe. Entre os itens considerados por ele como '*muito parecido*' estão: não queria que eu crescesse; tentava controlar todas as coisas que eu fazia; invadia minha privacidade e ela sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto. Já nos itens '*moderamente diferente*': deixava me sair tão freqüentemente quanto eu queria; e '*moderamente parecido*' dava-me tanta liberdade quanto eu queira e deixa-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse. Enquanto que no item '*muito diferente*' destaca-se: tendia a me tratar como um bebê; deixava que eu decidisse as coisas por mim mesmo; tentava me fazer dependente dela; era superprotetora comigo.

Assim, ao analisar as respostas destinadas às duas categorias da escala, encontra-se um resultado de baixo 'cuidado' e alta 'superproteção' que se configura em na categoria '*Controle sem afeto*', relacionada às atitudes e comportamentos da mãe até os 15 anos de E. L. R. – segundo suas perspectivas.

Já em relação ao **pai**, o usuário afirma que era rígido e raramente demonstrava algum afeto ou cuidado. Menciona ainda que abusava muito de álcool e cigarro, e que morreu assassinado quando E. L. R. tinha 14 anos.

Ao aplicar o PBI, encontrou-se uma pontuação de apenas 5 em relação ao item '*cuidado*' o que indica que para o usuário seu pai demonstrava bem poucas atitudes de cuidado, mas um pouco mais que as de sua mãe (que foi de zero). Entre os itens que ele destaca como '*muito diferente*' do que seu pai fazia estão: falava comigo com uma voz meiga e amigável; parecia compreender meus problemas e

preocupações; era carinhoso comigo; gostava de conversar sobre as coisas comigo; freqüentemente sorria para mim; podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado. Já os itens que eram *'muito parecido'* com as atitudes e comportamentos de seu pai, estão: não me ajudava tanto quanto eu necessitava; parecia não entender o que eu necessitava ou queria; não conversava muito comigo; não me elogiava. E ainda se destaca um item *'moderamente diferente'*: parecia emocionalmente fria comigo (o que mudou em relação à mãe), e ainda o item: fazia com que sentisse que não era querido, também foi diferente se caracterizando como *'muito diferente'*. Tornando então a pontuação nesta categoria um pouco maior.

Quanto ao item *'superproteção'* foi considerado bem acima do seria ideal, com pontuação de 27. Demonstrando situações e episódios freqüentes de superproteção pelo pai. Entre os itens considerados por ele como *'muito parecido'* estão: tentava controlar todas as coisas que eu fazia; invadia minha privacidade; tentava me fazer dependente dele; era superprotetor comigo. Já nos itens *'muito diferente'*: deixava me sair tão freqüentemente quanto eu queria; dava-me tanta liberdade quanto eu queira; deixa-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse; tendia a me tratar como um bebê; deixava que eu decidisse as coisas por mim mesmo; não queria que eu crescesse e ele sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto.

Dessa forma, analisando as respostas destinadas às duas categorias da escala, encontra-se um resultado de baixo *'cuidado'* e alta *'superproteção'* que se configura na categoria *'Controle sem afeto'*, relacionada às atitudes e comportamentos do pai até os 15 anos de E. L. R. – segundo suas perspectivas. Como se vê, tanto a mãe como o pai, nesta perspectivas se enquadraram em um perfil muito próximo.

➤ Variáveis espirituais

Durante toda a entrevista, menciona sempre o nome de Deus dizendo que ele de tudo sabe. E sempre que perguntado sobre pensamentos ou tentativas de suicídio diz com espontaneidade e em tom alto de voz: *“Suicídio eu? Jamais! Deus não iria gostar disso e eu não quero ir para o Inferno! Você sabe que é assim né...”*.

Nos últimos 30 dias foi muito esporadicamente em alguma atividade religiosa (relembra ainda que não sabe qual a última vez que foi à esta atividade).

6.1 “ÁGUA MOLE EM PEDRA DURA, TANTO BATE ATÉ QUE FURA” - A SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

A partir da história de vida de E.L.R. e da identificação das variáveis relacionadas, foi possível a identificação dos estressores intra, inter e extrapessoais e a elaboração da proposta de SAE, baseada no Modelo de Betty Neuman, como descrito a seguir.

ESTRESSORES INTRAPESSOAIS				
ESTRESSORES	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	TIPO DE ABORDAGEM - MODELO DE NEUMAN
- Uso de crack; - Falta de conhecimento sobre o controle das substâncias	Conhecimento Deficiente sobre o controle de substância	Conhecimento: Controle do uso de Substância Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Educação para a saúde; - Tratamento do uso de drogas; - Aconselhamento; - Contrato com o paciente; - Estabelecimento de metas mútuas.	Prevenção Secundária
- Ansiedade	Ansiedade	Autocontrole da ansiedade Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Escutar ativamente; - Técnica simples de relaxamento.	Prevenção Secundária
- Ansiedade relacionada à morte	Ansiedade relacionada à morte	Autocontrole do medo Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Escutar ativamente; - Suporte emocional; - Técnica para acalmar.	Prevenção Secundária

- Baixa auto-estima	Baixa auto-estima crônica	Auto-estima Escala: De grave (1) a nada (5)	- Aconselhamento; - Melhora da auto-percepção; - Reestruturação cognitiva; - Aumento da socialização.	Prevenção Secundária
- Desesperança	Desesperança	Autocontrole da Depressão e Esperança Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Musicoterapia; - Apoio espiritual; - Melhora do enfrentamento. - Construção de uma relação complexa.	Prevenção Secundária
- Padrão do sono perturbado	Padrão do sono perturbado	Sono Escala: Às vezes demonstrado (3) a consistentemente demonstrado (5)	- Redução da ansiedade; - Controle do ambiente: conforto	Prevenção Secundária
- Religiosidade prejudicada	Religiosidade prejudicada	Saúde espiritual Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Apoio espiritual; - Estímulo a rituais religiosos.	Prevenção Secundária
- Possível paternidade	Conflito no Desempenho do papel de Pai	Paternidade: Desempenho de papel Escala: De nunca demonstrado (1) a consistentemente demonstrado (5)	- Promoção da paternidade; - Assistência à manutenção do lar	Prevenção Secundária
- Isolamento social; - Uso de crack; - Situação de rua.	Isolamento social	Envolvimento social Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Aumento da socialização; - Escutar ativamente e aconselhamento. - Grupo de apoio; - Terapia Ocupacional.	Prevenção Secundária

- Conjunto de estressores; - Uso de crack; - Impulsividade.	Enfrentamento Ineficaz	Autocontrole da impulsividade Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Tratamento do uso de drogas; - Grupo de Apoio; - Facilitação da auto-responsabilidade; - Melhora do enfrentamento – fatores de reconstituição.	Prevenção Secundária
ESTRESSORES INTERPESSOAIS				
- Ociosidade	Atividades de recreação deficientes	Envolvimento social Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Aumento da socialização; - Modificação do comportamento: habilidades sociais.	Prevenção Secundária
- Enfrentamento familiar comprometido; - Uso de drogas pelos pais.	Enfrentamento familiar comprometido	Enfrentamento familiar Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Consulta; - Promoção do envolvimento familiar; - Mediação de conflitos; - Grupo de apoio.	Prevenção Secundária
- Enfrentamento ineficaz; - Uso de crack; - Impulsividade.	Risco de violência direcionada a outros	Autocontrole da impulsividade Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Tratamento do uso de drogas	Prevenção Primária
ESTRESSORES EXTRAPESSOAIS				
- Ineficácia do enfrentamento comunitário; - Situação de rua.	Enfrentamento comunitário ineficaz	Competência da comunidade Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Monitoração de Políticas de Saúde; - Apoio para sustento.	Prevenção Secundária
- Incapacidade de manter um lar; - Falta de uma rede social de apoio.	Manutenção do lar prejudicada	Ambiente físico familiar Escala: De raramente demonstrado (2) a consistentemente demonstrado (5)	- Assistência quanto a recursos financeiros; - Melhora do sistema de apoio.	Prevenção Secundária

“TINHA UMA PEDRA NO MEIO DO CAMINHO”- DISCUSSÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo será discutido cada item do capítulo anterior de forma a explicitar todas as etapas da proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem ao usuário de crack. Para melhor compreensão o capítulo será dividido em três partes: os estressores intra, inter e extrapessoais.

8.1 ESTRESSORES INTRAPESSOAIS

Ao discutir sobre os estressores intrapessoais, é necessária uma reflexão anterior. Há de se compreender que o ser humano na dinâmica sinergia de procura pelo equilíbrio, consegue criar aquilo a que Neuman designa de *ambiente criado* – já explicitado anteriormente -, e nesta pesquisa, constata-se que a singularidade de cada indivíduo, promove este ambiente ao mesmo tempo em que os mobiliza de forma positiva ou negativa.

Assim, vale ressaltar que o enfermeiro não deve se esquecer de que nada deve ser padronizado para o ser humano, e que para se estudar as especificidades de cada situação a atenção deve estar voltada também para o ambiente que é criado pelo paciente, do qual ele transmite crenças, valores, formas de estar e de agir que indicam um estilo de vida (SILVA, 2008).

Logo, para cada diagnóstico que for discutido, E.L.R. é considerado enquanto indivíduo e parte integrante de um sistema aberto, de forma que podem ser construídas perspectivas diferentes que permitam ou não a adoção de estratégias para encontrar o equilíbrio.

Nesse sentido, foram identificados 10 (dez) diagnósticos de Enfermagem a partir dos estressores intrapessoais que afetam o sistema de equilíbrio de E.L.R. São eles:

➤ Conhecimento deficiente sobre o controle de substância

Como descrito na etapa de *histórico de Enfermagem*, E.L.R. iniciou o consumo de álcool muito precocemente, aos 5 anos. A partir de então, por curiosidade, foi motivado a fazer uso de outras drogas. Procurou o atendimento no CAPSad devido ao uso de crack, o qual julga ocasionar problemas de saúde, sociais, psicológicos, familiares, entre outros. Após aplicação dos instrumentos foram assinalados critérios para o diagnóstico de dependência de álcool e crack – que são, para ele, questões ‘extremamente’ preocupantes. Mas, ao mesmo tempo relata que já participou de vários tratamentos, inclusive no próprio CAPSad (quando ficou 8 meses em abstinência).

Assim, a principal intervenção de Enfermagem em relação a esse indivíduo deve abordar *o uso de crack* a fim de controlar o agente estressor principal. No entanto, devido às características da dependência química (fenômeno crônico e complexo), este fator de estresse subsistirá sempre, a nível intrapessoal, porque é uma luta diária da vontade de E.L.R. face ao impulso de uso de crack. De forma que o uso de crack agrava a situação de diversos estressores já existentes, ao mesmo tempo em que cria novas dificuldades e problemas a E.L.R. – novos fatores de estresse independentes ou não do uso de crack.

Nesse contexto, pode-se observar que a *falta de conhecimento sobre o controle das substâncias* pelo paciente é também um potencial estressor intrapessoal que afeta de forma direta a linha normal de defesa do indivíduo, que pode desencadear problemas como a fissura e a conseqüente manutenção do uso de drogas.

A princípio, então, espera-se que o usuário alcance como resultado, da intervenção de Enfermagem, o *conhecimento do controle do uso de substância* uma vez que o resultado atual na escala *Likert* é ‘de raramente demonstrado (2)’ pelo usuário. Espera-se que, após as intervenções, o resultado seja ‘consistentemente demonstrado (5)’.

É importante considerar que para E.L.R. o crack só é usado após o consumo inicial de álcool – substância que para ele nunca foi passível de controle. Nesse sentido, Alves, Ribeiro e Castro (2011) explicam que o uso compulsivo de álcool tende a causar redução da crítica e da motivação, a impulsividade e os estados de euforia,

que aumentam o risco de recaída e reforço do consumo de crack. Assim, as dependências devem ser tratadas de forma integrada.

As intervenções, então, devem ser iniciadas pela função primordial do enfermeiro que é a *educação para a saúde*. Segundo Cowan (1998) esta é uma das várias funções que devem ser realizadas pelo enfermeiro, e diz respeito ao fornecimento de informações sobre a saúde, de modo que junto com a promoção da saúde representam parte integral do papel de profissional e um componente do cuidado de Enfermagem.

Wendhausen (1997) e Oliveira (2005) destacam que é importante a função educativa do enfermeiro numa postura ética, que visualize o usuário como capaz de ação própria e resolutiva para a solução de seus problemas, contribuindo, dessa forma, para a desalienação desse sujeito, de forma que ele experimente a tomada de decisão sobre seu próprio corpo e atitudes, com base em conhecimentos compartilhados com o profissional. Para tanto Rassol e Gafoor (1997) consideram que essa intervenção de Enfermagem busca influenciar as atitudes, estilos de vida e comportamentos dos indivíduos e da comunidade, sendo que alguns autores incorporam esse conceito dentro da égide da promoção da saúde.

Assim, nesta pesquisa, a proposta dessa intervenção deve ser colocada no sentido de sensibilizar E.L.R. para resultados mais positivos em relação a sua saúde. Os tópicos a serem abordados nesse momento podem ser divididos:

- Sintomas de abstinência – o paciente muitas vezes refere sentir os sintomas após algumas horas de interrupção do uso (tremores, palpitações, nervosismo, entre outros), mas ao mesmo tempo afirma não ter sintomas de abstinência. Cabe ao enfermeiro a explicação dessas questões. E é necessária ainda a abordagem de um tópico importante: o relato de alucinações descrito por E.L.R. Este sintoma deve ser mais bem investigado durante a implementação da SAE pelo enfermeiro, no sentido de entender se teria alguma relação com o uso do álcool ou de crack ou com a abstinência dos mesmos já que para E.L.R. não há, ao mesmo tempo em que as circunstâncias apontam que sim. E além do mais, foi um tema muito difícil de ser trabalhado durante a entrevista, pois ele relata não querer mencionar sobre o assunto e sente-se desconfortável. Refere ainda, o seu grande temor por aqueles

que segundo ele usam Gadernal e estão 'doidos', o que pode dificultar uma melhor apreensão sobre questões relacionadas a essas alucinações. Requer então uma empatia demonstrada pelo enfermeiro em todos os atendimentos além de uma escuta ativa;

- Problemas decorrentes do uso da droga (principalmente álcool e crack) – explicar os problemas biopsicosócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais, e suas implicações para o paciente. Esta etapa pode ocorrer por meio de cartilhas e folhetos ou outra forma que o enfermeiro julgar mais dinâmica e de fácil entendimento pelo usuário. O enfermeiro deve ainda abordar os sintomas apresentados pelo paciente quatro dias antes da procura pelo CAPSad - mal-estar, tonturas e dores abdominais no lado direito – a fim de que faça o acompanhamento adequado, sendo estes relacionados ao uso da droga ou não;

- Prevenção a AIDS/HIV – enfatizar a necessidade de uso de preservativos em todas as relações sexuais e o teste de HIV semestral. Apesar de o paciente afirmar que já o faz, ao mesmo tempo afirma que está no momento de repetir o exame;

- Problemas decorrentes da forma de consumo do crack – que é por meio de latas de alumínio encontradas na rua. Domanico (2006) ressalta que o uso de latas é mais prejudicial por serem, muitas vezes, coletadas na rua ou no lixo, estando contaminadas com diferentes agentes infecciosos, além de que essa forma de uso favorece a aspiração de uma grande quantidade de fumaça pelo bocal, promovendo, assim, uma intoxicação pulmonar muito intensa. Para a autora (2006), os copos plásticos descartáveis de água mineral são os recipientes mais recomendáveis para se fumar crack por causarem menos danos.

Nesse sentido, uma pesquisa do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul constatou que os usuários de crack:

(...) correm risco de ter ossos enfraquecidos, demência, e até agravamento do Mal de Alzheimer por aquecer as latas de refrigerantes a cada vez que inalam a droga [...] Os males ocorrem em razão da exposição excessiva ao alumínio, que se desprende com mais facilidade com o calor (ZERO HORA, 2006).

- Autocuidado: o usuário demonstra algumas preocupações em relação ao autocuidado, como não dirigir ao usar álcool ou crack e ir à casa da mãe para realizar higiene pessoal, mas é necessária uma abordagem com foco neste item, que é um ponto-chave para atuação do enfermeiro na educação em saúde, uma vez que para Teixeira e Daher (1999) “não é suficiente fornecer informações biomédicas para provocar mudanças de vida nas pessoas, mas entender como o sujeito agencia o autocuidado em sua vida”. Logo, o enfermeiro deve abordar essas questões junto ao usuário forma que o incentive às atividades de autocuidado que muitas vezes foram abandonadas pelo uso do crack.

O enfermeiro deve ainda, diante do diagnóstico em questão – *conhecimento deficiente sobre o controle de substância* -, intervir na questão direta do *tratamento do uso de drogas*. Discussão esta já iniciada na intervenção anterior, mas que cabe ainda um ponto crucial: o compromisso do paciente com a abordagem iniciada pelo enfermeiro e com o tratamento pelo qual buscou.

E.L.R. aparenta estar motivado para mudanças em seu estilo de vida e para o tratamento do uso das drogas. Porém, como Miller e Rollnick (2001) apontam, é fato que este estado de motivação pode oscilar entre querer mudar e querer ignorar o problema. Todavia, muitas vezes, encontra-se uma oportunidade no estágio de contemplação, quando o usuário mostra evidência de compromisso (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982). Isso parece ser o vivenciado pelo paciente.

O enfermeiro, diante do exposto, pode reforçar o compromisso de diversas maneiras, como identificar e utilizar as estratégias de motivação; capacitar o usuário a estabelecer objetivos para a mudança; incentivar a ressignificação do problema, mostrando que a situação é passível de mudança; negociar uma estratégia para essa mudança, além de estabelecer tarefas que possam ser atingidas e que pressuponham compromisso.

Cabe ao usuário, neste sentido, uma re-elaboração de projeto pessoal e reconstruir, transformar ou criar um projeto de vida, que, se não o tinha, vai exigir árdua tarefa e compromisso, de forma a ter continuidade ao longo de sua vida (POSSA; DURMAN, 2007).

Paralelamente à intervenção anterior, o enfermeiro deve realizar o *aconselhamento*. Pillon e Luis (2004) afirmam que essa é uma das estratégias que podem ser realizadas pelo enfermeiro no processo de tratamento (cuja base é a terapia cognitiva de Beck⁹), buscando fornecer ao paciente conselhos diretos que promovam reflexões e mudanças de comportamento de maneiras enfáticas – podendo até supor sugestões como a abstinência total.

Durante esse processo, o enfermeiro pode utilizar outras estratégias que são desenvolvidas concomitantemente no processo de tratamento e reabilitação do usuário, como a entrevista motivacional, a intervenção breve e a prevenção de recaída (PILLON; LUIS, 2004), descritas a seguir:

- Entrevista motivacional: segundo Pillon e Luis (2004) o enfermeiro pode exercê-la incentivando a motivação do usuário para mudar seu comportamento, planejando junto com o paciente ações a fim de criar estratégias de enfrentamento para as situações de risco¹⁰ e planejar o futuro, como proposto por Miller e Rollnick (1991).

- Intervenção breve: envolve procedimentos para o aprendizado do autocontrole¹¹ com objetivo de abstinência ou diminuição da quantidade e/ou frequência de uso da substância (MARLATT; GORDON, 1993). Assim, Pillon e Luis (2004) afirmam que essa estratégia pode ser conduzida pelo enfermeiro por meio de sessões breves a partir do aconselhamento. Momentos estes em que o enfermeiro avalia o retorno de forma personalizada procurando abordar os mecanismos de resistência e negação do indivíduo.

- Prevenção à recaída: consiste num repertório de meios e estratégias que o indivíduo pode utilizar para evitar o retorno ao uso de drogas e certos comportamentos que fazem parte do quadro da dependência (MARLATT; GORDON, 1993). A técnica se fundamenta no autocontrole, que inclui procedimentos de

⁹ Se baseia na teoria da personalidade que dá ênfase à importância de crenças e processos de pensamentos na mediação de comportamentos, emoções e respostas fisiológicas. Embora seja chamada de cognitiva, há interação de cinco elementos: ambiente, biologia, afeto, comportamento e cognição (DATILIO; PADESK, 1995).

¹⁰ São situações que aumentariam as chances de uso da droga ou de recaída, como por exemplo: ambientes, companhias, disponibilidade de droga, acesso fácil e todos os determinantes intrapessoais e interpessoais podem ser situações de risco (MARLATT; GORDON, 1994).

¹¹ O indivíduo passa a controlar parte de seu próprio comportamento quando uma resposta tem consequências que provocam conflitos – quando leva tanto a reforçamento positivo quanto a negativo (SKINNER, 1978).

treinamento de habilidades, intervenções e mudanças no estilo de vida (BECK et al, 1993).

O treinamento de habilidades visa capacitar o indivíduo a desenvolver habilidades sociais de enfrentamento concreto, como identificar situações de risco e manejá-las com o propósito de evitar ou diminuir os riscos de comportamentos dependentes. E, em seguida, o foco passa a ser os aspectos cognitivos, como gerenciamento de pensamentos sobre o comportamento dependente, desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas com o uso da substância e elaboração de plano de emergência no caso de situações de risco para recaída, aumentando a auto-eficácia¹² e o autocontrole (ZANELATTO; SAKIYAMA, 2011).

Na prevenção à recaída ainda é importante que o enfermeiro aborde o manejo do *craving*¹³ (ou fissura). Segundo Araújo et al. (2008), o *craving* deve ser considerado uma variável que contribui para a vulnerabilidade do usuário ao abuso de drogas e pode levá-lo à recaída, mesmo diante de grande motivação para abstinência. Ele pode ocorrer por meio de ‘gatilhos’ – situações, imagens, sons, odores –, que são sugestões cognitivas internas ou ambientais pareadas ao uso da droga (EDWARDS, DARE, 1997). Isso pode ser tanto por meio de estímulos internos – p. ex., certas emoções/estados de humor – quanto externos (ambientais) – p. ex., presença de amigos, local de uso, toque de uma música –, e dependem do histórico de uso individual (ARAÚJO et al., 2008).

Logo, é importante nessa intervenção descobrir quais são esses ‘gatilhos’ para E.L.R. e como eles podem desencadear uma situação de risco para a recaída, para que assim o enfermeiro possa definir junto ao usuário estratégias para o manejo do *craving*, prevenindo a recaída.

Todas essas estratégias, utilizadas no *aconselhamento* de Enfermagem, requerem um profissional capacitado, uma vez que o objetivo não é só o ensinamento, mas uma mudança comportamental por parte de E.L.R.

¹² Auto-eficácia se refere à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica, e pode ser considerada como elemento chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento (MILLER; ROLNICK, 2001).

¹³ *Craving* pode ser definido como um intenso desejo de utilizar uma específica substância, o qual engloba também, para alguns autores, a intenção de realizar esse desejo, a antecipação dos efeitos reforçadores associados ao uso e o alívio do afeto negativo e dos sintomas relacionados à abstinência (ARAÚJO et al., 2008).

Assim, em paralelo, segue-se à terceira intervenção: o *contrato com o paciente*. Para isso, será necessária a noção de vínculo. Merhy (1994, p.138) afirma que:

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.

Castro e Passos (2005) acreditam que a atuação do profissional, inclusive do enfermeiro (*grifo nosso*) se pauta na expressão de empatia. Os autores (2005) a definem como sendo a capacidade de construção de aliança terapêutica conseguida pela escuta reflexiva e respeitosa e o desejo de compreender as esperanças e os receios do usuário.

Nesse sentido, Hall e Weaver (1990) explicitam ainda que o enfermeiro deverá ter cuidado de não aplicar as próprias orientações de valor ao planejar e proporcionar a intervenção; ao invés, deve usar as orientações do paciente como guia. Senão, a possibilidade de êxito será mínima, pois essas questões poderão dificultar a aderência no tratamento.

Os autores (1990) lembram também que o auto-sistema do paciente deve ser o foco das intervenções de Enfermagem, de forma que a intervenção deve ajudar o indivíduo para que mude sua conduta e promova o crescimento pessoal. De modo que, após isso, o indivíduo deverá estar em condições de maior responsabilidade por sua saúde mediante o cuidado de si mesmo.

Essa idéia também é expressa por Neuman (1995) que acredita que a atuação da Enfermagem deve ser focada na manutenção ou recuperação do equilíbrio de todas as variáveis, mas que não deve impor sua avaliação ao usuário e sim compartilhá-la.

Assim, é importante que na fase de intervenção de Enfermagem haja o que Luis (2008) denomina como 'negociação'. Esta depende, principalmente, da humildade do profissional para reconhecer que ele não tem todas as respostas e da sua compreensão de que está interagindo com uma pessoa que tem uma história de vida.

É nessa constatação de espaços de 'impotência' como profissional que o enfermeiro deve perceber que as 'negociações' são mais possivelmente aceitas -

principalmente no contexto da dependência química - do que a simples imposição de tarefas e estilos de vida.

Santos et al. (2006) reforça, também, que a comunicação terapêutica requer o uso de técnicas não diretivas que ajudam o profissional a estimular o usuário para que verbalize fatos, sentimentos, opiniões, percepções, pretensões e expectativas, sempre centrando-se na pessoa com quem interage.

Pillon e Luis (2004) também enfatizam essas idéias e afirmam que é necessário o desenvolvimento de acordo mútuo por meio do qual sejam explicitados os objetivos do usuário e os do tratamento, podendo ser utilizados vários meios para favorecer a adesão: manual de atividades diárias a ser preenchido pelo paciente, cartão de controle pessoal do uso da substância, contatos telefônicos, visitas domiciliares, encaminhamento a outros profissionais e parcerias com grupos de auto-ajuda.

Para tanto, simultaneamente, há de se alcançar o *estabelecimento de metas mútuas*, de forma que tanto o usuário quanto o profissional de saúde devem manter em mente cada objetivo parcial para evitar confusões e o desvio de sua finalidade (o tratamento). Isto é conseguido de várias formas, como utilizar a formulação inicial e os objetivos já estabelecidos, enfatizar o que já foi dito, definir a próxima tarefa em curto prazo e visualizar um pouco em longo prazo (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Wagner (2005) pontua ainda que a estratégia de estabelecer metas monitoradas pelo próprio usuário, favorece o senso de responsabilidade e autonomia e, ao mesmo tempo, garante ao profissional um modo de perceber o comprometimento do mesmo nas soluções para o problema.

Assim, considera-se que o estressor, o resultado proposto e as intervenções que devem ser realizadas pelo enfermeiro são abordagens de *Prevenção Secundária*, segundo o Modelo de Betty Neuman. Isto se deve ao fato de que o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação aos fatores de estresse (uso de crack e falta de conhecimento sobre o controle das substâncias). Assim, a abordagem visa à redução dos efeitos nocivos desses estressores e busca assim fortalecer as linhas internas de resistências.

➤ Ansiedade

Este diagnóstico de Enfermagem, segundo NANDA *International* (2005) se refere a “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica não-específica ou desconhecida do indivíduo” (JOHNSON et al., 2009).

É fácil perceber isso pela fala do entrevistado, pois ele relata que se sentiu excessivamente preocupado, inquieto, ansioso com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho/casa, parentes) e teve essas preocupações quase todos os dias durante os últimos 6 meses. Assim, todas estas características apontam para o diagnóstico em questão de modo que a *ansiedade* se torna um estressor importante para o usuário e contribui para a dependência química.

Além disso, na coleta de dados, as respostas de E.L.R. foram condizentes com o diagnóstico de Transtorno de Pânico Vida Inteira, e características como “se sentiu subitamente muito ansioso”, “esses episódios atingiram intensidade máxima em 10 minutos e ocorreram sem motivo”, “o coração bateu muito rápido, teve formigamentos pelo corpo, teve ondas de frio e calor”, entre outras, contribuem também para o diagnóstico de Enfermagem a ser discutido nesse item. Nesse sentido, Velasco (2009) afirma que o Transtorno de Pânico é marcado por impetuosas crises de ansiedade e medo.

É interessante observar que alguns efeitos de ansiedade podem ser produzidos pelo próprio uso de drogas estimulantes. Cordeiro e Diehl (2011) afirmam que drogas estimulantes (como o crack) são capazes de produzir sintomas importantes de ansiedade, como dor no peito, taquicardia, sudorese, sensação iminente de morte – sintomas que também estão presentes em transtornos de ansiedade, como no de pânico. Além disso, alguns sintomas da abstinência também podem produzir ansiedade, como tremores e sudorese. Logo, pacientes que já possuem esses quadros podem ter a sintomatologia e a frequência da ansiedade aumentada devido ao uso de crack.

As Obsessões relatadas pelo paciente – durante a aplicação do Mini-Plus - também foram situações que contribuíram para esse diagnóstico de Enfermagem. E.L.R. afirma que muitas vezes sente uma necessidade incontrolável de ordenar as coisas,

e que isso é muito angustiante para ele, sendo conseqüentemente um processo gerador de ansiedade.

Como resultados a serem alcançados espera-se que haja um *autocontrole da ansiedade*, sendo que na escala de *Likert* passe-se de uma ação 'raramente demonstrada (2)' pelo usuário para uma resposta 'consistentemente demonstrada (5)'.

Nesse sentido, uma das primeiras intervenções que deve ser realizada pelo enfermeiro é *escutar ativamente*. Para Johnson et al. (2009) significa "prestar atenção e agregar sentido às mensagens verbais e não-verbais do paciente".

Ao escutar ativamente os sentimentos do paciente, o profissional sinaliza que tem interesse nas questões de E.L.R. e no que ele diz, encorajando-o a falar mais sobre si mesmo. É possível, segundo Zanelatto e Sakiyama (2011), usar estratégias como propor ao paciente que exponha seus sentimentos, tanto positivos quanto negativos, e que defina aquilo que quer compartilhar.

O enfermeiro deve buscar valorizar o paciente, procurando se adaptar ao ritmo dele, falando devagar e respeitando seu tempo para a resposta, chamá-lo pelo nome, conversar com ele e escutá-lo. Além disso, deve ter em vista sempre os interesses do paciente por meio de tópicos que permitam a criação de discussões mais relevantes, ajudando-o no período de adequação a mudanças, na adaptação às novas situações e a se socializar (STUART; LARAIA, 2001; BLAZER, 2003).

Nessa intervenção, além da disponibilidade para escutar, é importante que o enfermeiro seja otimista, que procure gerar um sentimento de alívio e estimular experiências, tais como conversas didáticas e elogios, acreditando nas capacidades do paciente (BLAZER, 2003).

Estas condutas são essenciais no atendimento de Enfermagem ao usuário de crack e implicam em comunicação terapêutica a qual constitui um dos principais instrumentos de assistência de Enfermagem. É por meio da comunicação estabelecida com o paciente que se pode entender suas angústias, sua ansiedade, seu modo de pensar, sentir e agir. E fato é que além da comunicação verbal, certamente é necessário olhar também para as necessidades não ditas do paciente,

expressas por gestos, olhares ou outras manifestações (STEFANELLI, 1993; BERTHO; OLIVEIRA, 2008).

Nas questões apresentadas por E.L.R. a comunicação terapêutica e a escuta realizadas pelo enfermeiro pode auxiliá-lo em diversas questões. Entre elas, Arruda Filho, Santos e Oliveira (2011) afirma que contribui tanto no controle de sua ansiedade quanto no incentivo a continuar o tratamento.

Assim, com essa intervenção é possível o fortalecimento das linhas de resistência de E.L.R. em relação à *ansiedade* – estressor intrapessoal e ainda contribuirá para uma possível abstinência do crack.

E ainda, diante das questões apresentadas por E.L.R, a *técnica simples de relaxamento* deve ser aplicada como uma intervenção de Enfermagem no sentido da redução e autocontrole da ansiedade. Essa, segundo Jonhson et al. (2009) se trata do “uso de técnicas para encorajar e viabilizar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como a ansiedade”. Velasco (2009) afirma que sessões de relaxamento são viáveis na diminuição da ansiedade.

Albuquerque e Cavalcanti (1998) mencionam que a estratégia de relaxamento é uma habilidade que precisa ser aprendida e praticada como uma estratégia de assistência de Enfermagem, a fim de ser usada para aumentar o bem-estar, pois se trata de uma técnica de *coping*¹⁴ em relação ao estresse.

No caso de E.L.R. propõem-se a aplicação de técnica simples de relaxamento que pode ser baseada na técnica proposta por Benson (1993). Esta utiliza quatro elementos essenciais: ambiente tranqüilo, dispositivo mental, atitude passiva e posição confortável.

Benson (1993) explicita que existem apenas dois passos simples necessários para desencadear a resposta de relaxamento. Em primeiro lugar, dever-se-á repetir uma palavra, som, oração, frase ou atividade muscular, escolhida pelo próprio indivíduo,

¹⁴ *Coping* é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

e em seguida o sujeito deve se desligar dos pensamentos do dia-a-dia sempre que lhe vierem à cabeça e voltar à repetição.

É ainda interessante mencionar um estudo de Zeni e Araújo (2009) que por meio de um ensaio clínico do tipo experimental sugeriu que o relaxamento respiratório pode ser uma estratégia efetiva no manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack.

Já Primo e Amorim (2008) no estudo sobre a ansiedade em puérperas optaram por usar a proposta de Benson, por ser de fácil aplicação pelo enfermeiro, e ressaltam também que intervenções de Enfermagem, como o relaxamento, precisam ser incluídas no cotidiano do cuidar do enfermeiro, pois contribui para aproximação do paciente e melhora a qualidade da assistência de Enfermagem, promovendo o efetivo reconhecimento dessa profissão.

As abordagens realizadas pelo enfermeiro diante do estressor *ansiedade* são caracterizadas como *Prevenção Secundária*, segundo o modelo de Betty Neuman. Isto se deve ao fato de que o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação ao fator de estresse (ansiedade). Assim, a abordagem visa à redução dos efeitos nocivos desse estressor e busca assim fortalecer as linhas internas de resistências.

E ainda, é importante considerar que as intervenções de Enfermagem propostas para o estressor *ansiedade* devem ser concomitantes e devem estar inter-relacionadas com as intervenções para a *ansiedade relacionada à morte*. Fato é que os diagnósticos se completam, mas há certas particularidades nesse último que merece um tópico especial, descrito a seguir.

➤ Ansiedade relacionada à morte

As idéias relacionadas à morte estão presentes em quase toda a fala do entrevistado, sempre que questionado sobre questões como suicídio ou tentativa, uso de drogas injetáveis, AIDS/HIV, dirigir após uso de álcool e/ou drogas, entre outros. Quando relata sobre suicídio, afirma que “isso é contra o que Deus quer, pois

ele de tudo sabe”, e ainda diz que ‘iria para o Inferno’ se tentasse o suicídio, ou se fizesse algo que contribuísse para sua morte.

É interessante observar essas falas, pois em vários momentos aparecem diversas situações como circunstâncias que poderiam acarretar a morte, e por vezes as drogas injetáveis foram consideradas como algo que poderia ocasionar tanto a AIDS quanto a morte, sendo por isso evitada por E.L.R. de todas as formas. E até mesmo o uso de qualquer substância intravenosa (mesmo aplicada de forma terapêutica por profissional) lhe causa grande ansiedade.

Questões ainda como dirigir sobre o efeito de álcool e crack são evitadas pelo paciente, o que demonstra autocuidado e preocupação. Ao passo que o uso continuado e abusivo de álcool por ele há anos, não traz essas lembranças. E nem ao menos o uso de crack - que foi o motivo de busca por um tratamento - não o faz pensar em risco de morte. Neste caso, percebe-se um grande desconhecimento sobre as drogas e seus efeitos – situação já relatada no primeiro diagnóstico de Enfermagem.

Além disso, os episódios repentinos de ansiedade – que caracterizam o Transtorno de Pânico Vida Inteira – tem como sintomas o medo de morrer, segundo o paciente. Logo, a *ansiedade relacionada à morte* é um estressor intrapessoal para E.L.R.

Para tanto, espera-se como resultado que haja um *autocontrole do medo*, sendo que na escala de *Likert* ‘de raramente demonstrado (2)’ passe a ser ‘a consistentemente demonstrado (5)’.

Assim, a intervenção de *escuta ativa* que será realizada diante do diagnóstico anterior – de *ansiedade* – também será aproveitada aqui, mas com foco na ansiedade do medo de morrer.

Logo, é importante considerar também que por meio de uma escuta habilidosa o profissional deve compreender os sentimentos e as perspectivas do paciente sem julgá-lo, criticá-lo ou culpá-lo. No entanto, isso não significa concordar ou aprovar com as idéias e expectativas do paciente, pois também cabe ao profissional divergir dos pontos de vista do usuário (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

É fato que aceitar E.L.R. como ele é - com seus medos, crenças, ansiedades, ideais – pode contribuir para a mudança ao passo em que a não aceitação favorece o não estabelecimento vínculo entre paciente e enfermeiro, bem como a manutenção das questões da forma como estão. Assim, a escuta ativa ajuda na promoção do relacionamento terapêutico, além de estimular a auto-estima – como relatam Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) – e diminuição da ansiedade.

Outra intervenção de Enfermagem, concomitante com a anterior, é o *suporte emocional* que pode ser ofertado por meio de técnicas da terapia cognitiva de Beck, em que o profissional auxilia o paciente a se questionar quanto aos pensamentos que colaboram para os ataques de ansiedade, principalmente quanto ao pensamento de ter medo de morrer, ou achar que vai morrer (VELASCO, 2009).

Os pacientes com Transtorno de Pânico, em geral avaliam negativamente os eventos que poderão ocorrer – ansiedade antecipatória (BECK et al., 1985). Este parece ser o caso de E.L.R., pois ele afirma, por exemplo, que sente grande medo de morrer e ansiedade só de pensar em usar substância intravenosa, mesmo que de forma terapêutica.

Assim, para a modificação desses pensamentos disfuncionais, é interessante que o enfermeiro, por meio do *suporte emocional*, utilize a técnica de reestruturação cognitiva. Esta consiste na identificação dos pensamentos que causam ansiedade, na análise da lógica inadequada e em modificação de idéias errôneas sobre ansiedade (BECK et al., 1985), e sobre o medo de morrer.

Além disso, o uso de *técnicas para acalmar* pelo enfermeiro pode influenciar na redução da ansiedade relacionada à morte. Estas compreendem as já mencionadas na discussão do estressor *ansiedade*, mas devem ser focadas no problema em questão, de modo a possibilitar que E.L.R. seja capaz de lidar com o estresse quando a vivenciar a situação. Isso pode incluir também a técnica de relaxamento muscular progressivo, de meditação, ou outras que forem mais favoráveis ao paciente. Almeida e Araújo (2005) afirmam que por meio das técnicas de relaxamento pode haver diminuição da fissura, da ansiedade e de sintomas depressivos.

Para Souza, Martinez e Diehl (2011) o método mais utilizado é o relaxamento muscular progressivo, acompanhado de uma música de fundo calma e lenta. Os autores explicam que a técnica consiste em orientar o paciente para que contraia e relaxe os grupos musculares do corpo, o que contribui para o relaxamento muscular e a diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial, e ainda, produz sensação de bem-estar pelo paciente.

Logo, as abordagens realizadas pelo enfermeiro diante do estressor *ansiedade relacionada à morte* são caracterizadas como *Prevenção Secundária*, segundo o Modelo de Betty Neuman. Isto se deve ao fato de que o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação ao fator de estresse (ansiedade). Assim, a abordagem visa à redução dos efeitos nocivos desse estressor e busca assim fortalecer as linhas internas de resistências.

➤ Baixa auto-estima crônica

A auto-estima diz respeito ao julgamento da pessoa sobre o próprio valor, e dessa forma, a baixa auto-estima crônica se caracteriza por “prolongada auto-avaliação / sentimentos negativos sobre si mesmo ou suas próprias capacidades” (JOHNSON et al., 2009).

Esses aspectos estão muito claros a partir da aplicação do instrumento MINI-Plus quando as perguntas são direcionadas a fim de procurar identificar um possível Episódio Depressivo, que no caso deste paciente foi caracterizado como Episódio Depressivo Maior Atual. Isso se deve à tantas respostas consideradas positivas, como “sentiu-se sem valor e culpado, quase todos os dias”, sendo que foram situações muito associadas pelo paciente ao uso do crack que para ele seria motivo de vergonha e culpa.

Nardi (2000) afirma que a depressão costuma ocasionar isolamento social (que será discutido em item próprio) e este pode levar a sentimentos de incapacidade e inadequação e, por conseguinte sentimentos de baixa auto-estima.

Sentimentos de *baixa auto-estima* são potenciais estressores intrapessoais para o uso de drogas, uma vez que favorece a desvalia, o sentimento de culpa, o pessimismo, o desamparo, que interferem diretamente na tentativa de recuperação.

Assim, é esperado que após as intervenções de Enfermagem seja alcançado um resultado de *auto-estima*, de modo que na escala de *Likert* passe de 'de raramente demonstrado (2)' a 'consistentemente demonstrado (5)'.

O enfermeiro deve atuar por meio do *aconselhamento* no sentido de valorizar o paciente. A relação de ajuda com enfoque na abordagem humanista, segundo Pacheco (2005) requer o uso de competências interpessoais pelo profissional, durante o atendimento individual. Entre elas, é importante destacar o respeito ao paciente, ou seja, reconhecer no outro a pessoa humana, investida de dignidade e de valor, e a aceitação do mesmo como ele é, sem avaliação.

Segundo Brasil (2004), o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e procurar oferecer uma resposta pactuada ao problema, compatíveis com as necessidades imediatas dos usuários e as ofertas do serviço, além de encaminhar de forma resolutiva à demanda não resolvida.

Outra intervenção de Enfermagem a fim de que seja alcançada a auto-estima de E.L.R. é a *melhora da autopercepção* que para Johnson et al. (2009) se trata da "assistência ao paciente para que ele explore e compreenda seus pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos".

Conforme Possa e Durman (2007) a autopercepção, no sentido de transformação pessoal e em nível de consciência, propicia mudança de atitude e benefícios próprios, além de haver uma necessidade de mudança interior e no relacionamento com as pessoas, ressaltando o voltar para si mesmo na busca pela crença individual, espiritual e na capacidade de transformação como meio de superação dos problemas.

Assim, o enfermeiro deve juntar esforços no sentido de explorar e compreender os sentimentos de E.L.R. a respeito de si mesmo, de modo a auxiliá-lo em uma

mudança de atitude a respeito da sua auto-avaliação, sendo que isso pode ocorrer durante o próprio *aconselhamento*.

Auxiliar na *reestruturação cognitiva* é outra intervenção de Enfermagem proposta no caso de E.L.R. para minimização da baixa auto-estima. Nesta devem ser utilizadas algumas técnicas da terapia cognitiva, como a ‘descoberta orientada’ na qual o profissional faz uma série de perguntas abertas ao paciente no sentido de examinar suas crenças, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004). Esta estratégia pode contribuir para estimular o autoconhecimento e a autopercepção de E.L.R.

Mas, o enfermeiro deve ter conhecimento para a utilização dessa técnica uma vez que perguntas mal relacionadas, feitas de forma incorreta, podem fazer com que o usuário se sinta em um interrogatório, e o objetivo é exatamente o contrário. Para tanto, a empatia e a expressão de vínculo é primordial.

Para Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) “o processo de questionamento deve ser diretivo, empático e assim encorajar a exploração de pensamentos automáticos e erros cognitivos, gerando formas alternativas em resposta aos mesmos”. Assim, descrevem que “é importante extrair o que o paciente está pensando, e não o que acreditamos que ele esteja pensando”.

Um exemplo disso, no caso de E.L.R. seria algo que apareceu em seu relato “eu me sinto sem valor e culpado quase todos os dias”, uma atitude prudente do enfermeiro seria: “com base em que você diz isso?”, e ele menciona em outro momento da coleta: “pelo uso do crack, sinto vergonha”, o enfermeiro deve: “mas você pensa em continuar usando?”, ele: “não, vim procurar ajuda e isso é ‘extremamente’ importante pra mim, sei que vou conseguir!”.

Aqui, é importante também que o profissional use a técnica de ‘reatribuição’, que é útil em pacientes propensos a auto-incriminação excessiva e/ou que assumem responsabilidades por qualquer comportamento adverso (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004). Este parece ser o caso de E.L.R. que atribui grande culpa a si mesmo por usar o crack, o que faz com que sua auto-estima seja diminuída e dificulte uma possível recuperação.

Assim, nessa técnica, devem-se usar estratégias como: 1- revisar os 'fatos' que causam autocríticas (podem ser que apareçam outras, além do uso de crack); 2- demonstrar os diferentes critérios que o paciente usa para atribuir sua responsabilidade e a de outros; 3- desafiar a crença de que o paciente é totalmente responsável pelas conseqüências negativas (*des-responsabilizar*). Neste ponto é importante também não absolver o paciente de toda a responsabilidade, mas procurar definir os demais fatores que contribuem para as experiências em que ele se culpa e se envergonha (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Outra questão importante nesse item seria uma intervenção em relação ao *aumento da socialização*, uma vez que – como descrito anteriormente – o próprio isolamento social (apresentado por E.L.R.) contribui para a baixa auto-estima. Logo, essa questão será mais bem discutida no diagnóstico de Enfermagem *isolamento social*.

Assim, as intervenções de Enfermagem propostas nesse item são classificadas como *Prevenção Secundária*, uma vez que o estressor *baixa auto-estima* ocorreu antes dos sintomas – o uso de drogas. De forma que as estratégias descritas buscam fortalecer as linhas de resistência de E.L.R.

➤ Desesperança

Segundo NANDA *Internacional* (2005) se trata de “estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de disponibilizar energia a seu favor” (JOHNSON et al., 2009).

A *desesperança* então, neste caso, é percebida pela pesquisadora quando E.L.R. relata sentimentos de tristeza, desânimo, depressão, durante a maior parte do dia; de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam; ter passado a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias, entre os outros, que caracterizaram o Episódio Depressivo Maior Atual, como relatado anteriormente.

A *desesperança* é considerada fator de estresse intrapessoal que contribui para que o usuário se sinta impotente diante de diversas situações do cotidiano e

conseqüentemente diante do tratamento para o uso de drogas e mudanças no seu estilo de vida.

Assim, como resultado se espera o *autocontrole da Depressão e esperança* de forma que na escala de *Likert* de 'raramente demonstrado (2)' passe a ser 'consistentemente demonstrado (5)'.

Como estratégias de intervenção de Enfermagem propõem-se a *musicoterapia*. Para Andrade e Pedrão (2005) a "música pode reconstruir identidades, integrar pessoas, reduzir a ansiedade e proporcionar a construção de auto-estima positiva".

Os autores (2005) afirmam que utilização da música, como um complemento à assistência de Enfermagem, facilita a relação com o paciente, servindo primeiramente para iniciar a interação com o mesmo. E, além disso, a música proporciona sensação de bem-estar, lembranças associadas ao sofrimento psíquico, à cultura religiosa e às pessoas com quem ele tem ou teve afeição (MATEUS, 1998).

Andrade e Pedrão (2005) observam ainda que a música representa especial alternativa para o tratamento em saúde mental devido, entre outros fatores, à sua capacidade de reduzir a ansiedade, proporcionando a construção de auto-estima e identidades positivas, além de funcionar como importante meio de comunicação.

O enfermeiro pode utilizar a música com várias finalidades e em diferentes momentos do tratamento: antes da interação com o paciente; para relaxamento; para resgatar lembranças de acontecimentos passados (ANDRADE; PEDRÃO, 2005).

Cabe ao enfermeiro ainda avaliar os efeitos da música sobre o paciente, pois utilizar-se de músicas que o paciente não goste, ou que cause irritação ao mesmo, pode prejudicar o tratamento ao invés de ajudar. O enfermeiro então, ao utilizar a música para os propósitos que estabelece, deve escolhê-las de acordo com o gosto de sua clientela, considerando também que ela tem grande poder de atuação na emoção e no comportamento do paciente, como explicam Andrade e Pedrão (2005).

Cardoso (2010) afirma que a música como forma terapêutica deve ser aplicada por um profissional academicamente especializado, mas não tendo que ser de fato um músico terapeuta. Na prática de Enfermagem, a utilização dessa técnica surgiu há

poucos anos, mas tem evoluído de forma gradual, e pode contribuir não só na melhoria da saúde, como também no desenvolvimento da capacidade e na promoção do relaxamento e tranqüilidade física, psicológica e emocional.

Logo, no caso de E.L.R. a música pode contribuir para fortalecer as linhas de resistência e diminuir a ação do estressor intrapessoal - a *desesperança*.

Outra intervenção de Enfermagem importante para E.L.R., diante do estressor *desesperança*, é o *apoio espiritual*. Este pode ocorrer por meio de incentivo a alguma prática religiosa, como será discutido no diagnóstico *religiosidade prejudicada*, e ainda por meio de estratégias de 'coping religioso e espiritual (CRE)¹⁵ positivo. É preciso considerar também que essa intervenção se dará de forma simultânea com intervenção de *melhora do enfrentamento* uma vez que este é um dos objetivos do CRE.

Almeida e Stroppa (2009) mencionam que estratégias de CRE positivo se mostraram inversamente relacionadas à ocorrência e à intensidade de sintomas depressivos. Nesse sentido, Koenig, Pargament e Nielsen (1998) citam algumas dessas estratégias que devem ser fortalecidas junto aos pacientes: procurar o amor e a proteção de um poder maior; buscar ajuda e conforto na literatura religiosa; buscar perdoar e ser perdoado; orar pelo bem-estar de outros; resolver seus problemas em colaboração com um poder maior, entre outras.

Pargament et al. (1988) propuseram três estilos de CRE baseados nas dimensões de controle e nível de atividade, subjacentes aos estilos de resolução de problemas: estilo autodireção - considera o indivíduo ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas e baseia-se na idéia de que Deus dá às pessoas liberdade/recursos para dirigirem as próprias vidas; estilo colaboração - indivíduo e Deus são ativos, há co-responsabilidade e parceria na resolução de problemas; estilo delegação - o indivíduo é passivo e espera que Deus solucione os problemas.

Já em 1997, Pargament propôs outras abordagens de CRE: a súplica - o indivíduo busca de forma ativa influenciar a vontade de Deus mediante petições por sua divina

¹⁵ *Coping* religioso e espiritual (CRE) é o modo como as pessoas utilizam sua religiosidade e/ou espiritualidade para lidar com situações de estresse e de dificuldade em suas vidas.

intervenção; a renúncia - indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus (PARGAMENT, 1997).

Assim, os três primeiros estilos de CRE são considerados positivos e os dois últimos são negativos, de modo que E.L.R. deve ser incentivado às estratégias de CRE positivas ao mesmo tempo em que é supervisionado pelo enfermeiro nesse quesito a cada encontro, por meio do apoio espiritual. No caso de E.L.R. o CRE mais indicado é a *colaboração*, que o auxiliará a minimizar o estressor *religiosidade prejudicada* - este será discutido posteriormente.

Nesse sentido, Panzini e Bandeira (2007) salientam que questionar o paciente sobre CRE “pode configurar um modo de intervenção, fazendo-o voltar-se a esse tema no *coping* com a doença e incrementando possíveis benefícios que possam advir disso”.

Almeida e Stroppa (2009) mencionam também que recursos de *coping* como suporte social e vivência religiosa podem facilitar a adaptação de pacientes às limitações impostas pela desesperança – influenciada pela Depressão, de modo que possa favorecer a auto-estima e a maior resiliência¹⁶.

E ainda, outra intervenção proposta para minimizar o estressor *desesperança* é a *construção de uma relação complexa*. Esta segundo Johnson et al. (2009) é “o estabelecimento de uma relação terapêutica com o paciente que tem dificuldade para interagir com outros”. De fato, pode ser uma intervenção prudente no caso de E.L.R. que apresenta desesperança associada a sintomas de Depressão e de isolamento social – item que será discutido posteriormente.

O enfermeiro, então, deve buscar a promoção da auto-eficácia (já explicada anteriormente) e da autoconfiança pelo paciente, que são princípios da relação terapêutica. E ainda, para Gurgel (2004), na busca por esses princípios, o profissional deve estimular a motivação que é uma força interior, dando capacidade do sujeito para superar obstáculos no seu cotidiano, em nível interno e externo, ou seja, perspectiva de uma mudança ou de enfrentamento de adversidade,

¹⁶ Resiliência é o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em ambiente não sadio. É adquirida ao longo do desenvolvimento do sujeito, sendo um processo interativo com o ambiente considerado como uma variação individual em resposta ao risco (RUTTER, 1987).

conduzindo à motivação e à persistência, no sentido de alcançar um determinado objetivo.

Ou seja, por meio da *construção de uma relação complexa*, o auxílio pelo enfermeiro para que E.L.R. desenvolva a auto-eficácia e a autoconfiança contribui para o fortalecimento de suas linhas de resistência ao atuar no sentido de promoção da esperança e de autocontrole da depressão de modo a minimizar o estressor. Assim, esta e as demais intervenções discutidas nesse item se caracterizam como *Prevenção Secundária*, segundo o modelo de Betty Neuman.

➤ Padrão de sono perturbado

Este diagnóstico também foi percebido no processo de Depressão descrito pelo usuário. Neste ele relata que por vezes teve problemas de sono, mas em noites esporádicas e que isso não teria relação com o seu uso de crack ou álcool.

Em uma pesquisa de Nery Filho e Messeder (2010) por meio de relatos de pessoas que estavam sendo atendidas no Consultório de Rua se observou que muitos apresentam um sono vigilante, pois qualquer distração pode resultar em agressões da parte de outros usuários de crack – devido à fissura pela droga – que roubam ou agredem gratuitamente, assim dormir ‘é um perigo’.

Fato é que o estressor *padrão de sono perturbado* pode contribuir para o aumento da ansiedade e da procura pela droga, e no caso de E.L.R. deve ser considerado tanto a questão de uma possível Depressão – e dessa forma a piora do sono -, como também, a situação de rua que favorece o sono sempre vigilante.

Assim, o resultado a ser alcançado é o *sono* que na escala *de Likert* de ‘às vezes demonstrado (3)’ passe a ser ‘consistentemente demonstrado (5)’.

Como intervenção de Enfermagem se propõe estratégias para *redução de ansiedade* que já foram discutidas em item próprio e o *controle do ambiente: conforto*.

Para esta última intervenção, há algumas limitações no papel do enfermeiro devido ao fato de o paciente estar em situação de rua. Mas, algumas questões devem ser consideradas, como por exemplo, acionar a equipe de Assistência Social do serviço a fim de buscar o apoio da rede social.

Mas, fato é que em Vitória, município em que E.L.R. procura freqüentar, há apenas seis espaços de acolhida às pessoas em situação de rua, todos sobre a coordenação de Secretaria Municipal de Assistência Social (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2011), são eles:

- Serviço de 'Hospedagem Noturna' que é um espaço de acolhida noturna para população adulta em situação de rua. No local são oferecidos aos usuários alimentação, higienização e abrigo provisório e funciona de 18 às 07 horas;
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População de Rua (Creas/POP) que funciona como porta de entrada para adultos em situação de rua da rede de proteção social especial, tendo como finalidade principal a acolhida imediata deste público. Neste espaço as pessoas em situação de rua são acolhidas, recebem kit de higiene pessoal, podem tomar banho e se alimentar, e ainda há atendimento psicossocial e os interessados podem participar de oficinas de sócio-educativas e funciona somente de segunda à sexta-feira, das 7 às 18 horas;
- 02 Casas Lar que acolhem pessoas em situação de rua com transtorno mental e com poucas possibilidades de reinserção familiar e social. Funcionam em regime de residência com atenção integral aos usuários, incluindo alimentação, higiene, medicação, atendimento de enfermagem, atividades socioeducativas, encaminhamentos aos CAPS. Cada uma tem capacidade limitada para 15 pessoas;
- Albergue Noturno para Migrantes, que como o próprio nome diz, atende a pessoas que estão de passagem pelo município de Vitória, com idade a partir de 18 anos. Oferece atendimento social, faz encaminhamentos para emissão de documentos e atendimento médico. O albergue tem capacidade para acolher até 40 migrantes, que são encaminhados pelo Serviço de Abordagem de Rua ou CREAS POP;
- 01 Abrigo que é um espaço de moradia provisória para adultos em situação de rua, com capacidade para atender 40 usuários, onde estes recebem atendimento

psicossocial, participam de oficinas de alfabetização e artísticas, de palestras educativas e são encaminhados para emissão de documentos e tratamentos de saúde.

Nota-se, então, que são poucos os serviços oferecidos pela rede de apoio no município de Vitória e ainda, em sua maioria, não funcionam nos finais de semana. Isso pode contribuir para a manutenção do uso de drogas uma vez a permanência em ambiente desfavorável – como a situação de rua - traz situações adversas como a fome, o frio e o próprio contato constante com outras pessoas que estão usando a droga, e ainda, contribui para o *padrão de sono perturbado* – como já mencionado.

Apesar dessas constatações, no caso de E.L.R., há a necessidade de se buscar, frente à rede social de apoio, estratégias para melhoria do sono perturbado, sendo que essas devem ser condizentes com as opiniões do usuário, ou seja, é necessário que o enfermeiro discuta as possíveis intervenções com o usuário a fim de considerar seus valores e expectativas.

Logo, o diagnóstico de *padrão de sono perturbado* se classifica como *Prevenção Secundária*, pelo Modelo de Neuman, uma vez que o estressor *sono perturbado* já influencia o tratamento de uso de drogas e contribui para a ativação da linha de resistência.

➤ Religiosidade prejudicada

Segundo Neuman (1995) a variável espiritual é de suma importância em qualquer análise e deve ser abordada na intervenção do enfermeiro. No caso do paciente desta pesquisa, há uma grande preocupação sobre os desígnios de Deus, pois isto foi ressaltado em vários momentos da entrevista pelo usuário, mesmo em situações em que não se abordava o tema.

No entanto, E.L.R. afirma que nos últimos 30 dias foi muito esporadicamente em alguma atividade religiosa e nem ao menos soube informar a última vez em que frequentou tal lugar. Assim, para o entrevistado esse é um estressor intrapessoal importante que pode influenciar de forma significativa sua permanência ou não no tratamento de uso de drogas.

Diversos são os estudos científicos que apontam a relevância da prática de uma religião e da fé para a manutenção, assim como para a melhora das condições de saúde, do bem-estar físico e mental do ser humano (SANCHEZ ; NAPPO, 2007).

Assim, espera-se que seja alcançada a *saúde espiritual* como um resultado em longo prazo sendo na escala *Likert* um fator 'raramente demonstrado (2)' a 'consistentemente demonstrado (5)'.

Para Neuman (1995) o resultado de bem-estar espiritual é obtido quando "o cliente/paciente expressa significado e propósito na vida, restabelece relações e retoma práticas de um sistema de crença".

Como intervenção, propõe - se o *apoio espiritual*, que o enfermeiro deve oferecer ao usuário sempre que necessário - durante os aconselhamentos, uma vez que para Cooney (2006) muitos pacientes encontram conforto e assistência considerável da ajuda espiritual.

No mesmo sentido, a pesquisa de Sanchez e Nappo (2007) mostra que independente da religião professada, observa-se um forte impacto da religiosidade e da espiritualidade no tratamento, sugerindo que o vínculo religioso facilita a recuperação e diminui os índices de recaída.

A relação entre religiosidade e o consumo de SPAs tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores, já que este problema impacta sobre o desenvolvimento psicológico e social do indivíduo. Vários estudos realizados em diferentes contextos socioculturais revelaram a associação entre não ter religião, ter pouca crença religiosa, não freqüentar igreja e cultos e maior uso de álcool e drogas (DALGALORRONGO et al., 2004).

Assim, a fé religiosa está vinculada ao aumento do senso de propósito e ressignificação da vida, que associados à maior resiliência, melhoram a saúde física e mental (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

E é a partir dessas considerações que o enfermeiro deve atuar, procurando abordar o tema, considerando sempre a valorização do usuário e a escuta ativa, de forma a estar também, concomitantemente realizando a intervenção de *estímulo a rituais religiosos*.

No caso desta pesquisa, até pelo usuário já relatar uma vivência religiosa e de ter confiança em pastores (quando perguntado em quem poderia confiar caso precisasse de ajuda, esta foi a resposta imediata) acredita-se que essas intervenções estimulem a motivação ao tratamento e a uma melhora na qualidade de vida.

Para Gonçalves (2008) a religiosidade para os adictos demonstrou estar ligada a uma vida mais firme e equilibrada, confirmando um sentimento pessoal que instiga um desfecho positivo no que diz respeito à resistência as drogas, facilitando a manutenção do estado de abstinência, melhorando os relacionamentos interpessoais e ajudando a suportar outros sentimentos como a ansiedade.

Corroborando com essas idéias, Nappo e Sanchez (2007) acreditam que a religiosidade ajuda no processo de recuperação dos usuários de SPAs, melhorando a qualidade de vida, otimismo, maior resiliência ao estresse e diminuindo os níveis de ansiedade, obtendo assim um sucesso no tratamento destes dependentes.

E ainda, caso seja necessário e seja assim estabelecido com o usuário se deve encaminhar para um conselheiro mais experiente em tal conduta.

Logo, como a *religiosidade prejudicada*, neste caso, é um fator estressor presente no momento atual, a abordagem realizada pelo enfermeiro se configura em *Prevenção Secundária*, como descrito por Betty Neuman e deve contribuir para fortalecer as linhas internas de resistências.

É interessante destacar ainda que segundo Neuman (1995) nas situações “em que intervenções de cuidado espirituais não são empregadas pode ser reduzida a efetividade das linhas de resistência, acontecendo depleção de energia ou morte”. Nota-se então a importância das intervenções de Enfermagem em relação a essa variável.

➤ Conflito no desempenho do papel de pai

E.L.R. quando perguntado sobre ter ou não filhos, mostrou dúvida na resposta. Para ele, há um conflito em desempenhar ou não este papel. Não sabe afirmar com certeza se a filha da mulher com quem se envolveu (mas não foram casados e nem

moraram juntos) diz ser sua o é, ou não. Ao mesmo tempo, não demonstra preocupação em obter a resposta, apenas ri da situação. Mas, ainda assim, diz que tem uma filha de 07 anos.

O *conflito no desempenho do papel de pai* caracteriza o diagnóstico de Enfermagem de forma que a *possível paternidade* deve ser considerada um estressor intrapessoal para E.L.R. Logo, se espera que após as intervenções haja um resultado de Enfermagem de *Paternidade: Desempenho de papel* que na escala de *Likert* 'de nunca demonstrado (1)' passe a ser 'consistentemente demonstrado (5)'.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a possível filha do usuário tem 07 anos, ou seja, foi gerada enquanto E.L.R. tinha apenas 19 anos – fase final de sua adolescência e ano em que iniciou o consumo de crack.

Ser pai implica assumir responsabilidades sobre escolhas em sua vida no contexto afetivo e laboral, e requer restrição da liberdade ou maior aproximação do grupo familiar (NUNES, 1998), ou ainda uma dependência dos pais.

Logo, ser pai e estar na fase de transição da adolescência para a idade adulta, muitas vezes, não é uma situação pela qual o sujeito deseja vivenciar, de forma é interessante considerar que E.L.R. possivelmente experimentou diversos estressores nessa etapa, inclusive seu início no uso de crack. Levandowski et al. (2002) colocam como causas estressoras, a imaturidade psicológica para tal função e a falta de condições estruturais, como um emprego e um lar.

O enfermeiro deve intervir no sentido de *promoção da paternidade*, que requer a princípio a identificação do que é a paternidade para E.L.R. Nesse sentido, é importante lembrar que segundo o paciente seu pai era autoritário e muito pouco afetivo e faleceu quando E.L.R. tinha apenas 16 anos – por homicídio. Logo, a referência de uma figura paterna afetiva e acolhedora não foi vivenciada pelo paciente, de forma que é esperada uma dificuldade na elaboração de concepções sobre a paternidade. Assim, cabe também ao enfermeiro auxiliar o usuário na elaboração dessas questões.

Nesse sentido, Miller e Rollnick (1991) reforçam a idéia de que a conduta mais eficaz é menos confrontadora, mais enfática, e que use mais habilidades de comunicação.

É interessante destacar também que na tese de Gontijo (2007), em que foi realizada uma pesquisa com adolescentes em situação de rua, se observou que a maioria dos rapazes atribuiu a responsabilidade pela gravidez às garotas de modo à culpabilizá-las, além de não se importar com o assunto.

Essa questão também deve ser considerada na assistência de Enfermagem a E.L.R. a fim de entender seus valores internalizados e expectativas.

Gontijo (2007) afirma ainda, em sua tese, que a atitude de não assumir a paternidade - relacionada aos jovens em situação de rua – pode ser devido ao contexto de vulnerabilidade/desfiliação vivenciado por eles. Segundo a autora (2007), para muitos desses jovens a figura do homem provedor é preponderante, de modo que a paternidade significa manter materialmente o lar por meio da inserção no mundo do trabalho e se isso não se torna possível a aceitação da paternidade é prejudicada.

Assim, outra intervenção de Enfermagem possível é a *assistência à manutenção do lar* que será discutida no diagnóstico de *manutenção do lar prejudicada*.

Mas, retornando a discussão da intervenção *promoção da paternidade*, Gomes e Rezende (2004) afirmam que a criança necessita do par conjugal adulto para construir dentro de si imagem positiva das trocas afetivas e da convivência.

Corneu (1991, p.28) menciona ainda que é esta a presença que irá auxiliar a criança na transição do mundo da família para o da sociedade, pois será permitido o acesso à agressividade, à afirmação de si, à capacidade de se defender e de explorar o ambiente: “as crianças bem paternizadas sentem-se seguras em seus estudos, na escolha de uma profissão ou na tomada de iniciativas pessoais”.

E apesar dessas questões que apontam a importância da figura paterna, Gomes e Resende (2004) explicam que o homem, em vias de se tornar pai, tende a se fragilizar diante da nova responsabilidade.

Logo, cabe ao enfermeiro uma atuação diante do estressor de E.L.R. sobre a *possível paternidade* de forma que as intervenções propostas se classificam em *Prevenção Secundária*, conforme o Modelo de Neuman.

➤ Isolamento social

A partir das respostas relatadas por E.L.R. que possibilitaram a identificação de comorbidades como Transtorno do Pânico Vida Inteira, Agorafobia, Fobia Social e Transtorno de Personalidade Anti-social – Vida Inteira foi conclusivo o diagnóstico de Enfermagem de *isolamento social*, pois se aproxima de várias implicações desses problemas psiquiátricos. Além disso, este também pode ser no caso de E.L.R., decorrente do Episódio Depressivo Maior Atual apresentado pelo usuário.

E ainda a estas comorbidades, soma-se o fato de que E.L.R. procura se isolar também ao usar o crack, bem como se isolou do convívio com outras pessoas devido ao uso da droga, tornou-se mais desconfiado com outras pessoas e perdeu o interesse pelas outras pessoas.

Nesse sentido, diante dessas possíveis comorbidades é importante entender – de forma sucinta – as características das mesmas. Entre elas, destaca-se o Transtorno de Personalidade, pois de acordo com Cordeiro e Diehl (2011) a sua associação com o uso de SPAs vem sendo constatada há muitos anos. Em estudos com pacientes internados, por exemplo, a taxa dessa comorbidade associada ao uso de substâncias é de 95%.

É necessário lembrar ainda que usuários de SPAs no início do tratamento podem apresentar variada sintomatologia física e psíquica que dificultam a adesão a qualquer abordagem e aumentam as chances de produzir contratransferência negativa, ampliando a possibilidade de diagnóstico errôneo de Transtorno de Personalidade (CORDEIRO; DIEHL, 2011). Mas, ainda é preciso salientar que a principal característica dessa comorbidade é o medo persistente e excessivo de ser julgado e avaliado em situações sociais ou de desempenho (NARDI, 2000), sintomas esses apresentados por E.L.R.

Enquanto que o retraimento social, em casos de Depressão, se deve à perda do senso de prazer e interesse em atividades usuais, no ambiente e nas relações sociais de modo que a pessoa se torna incapaz de encarar situações sociais, o que conduz ao isolamento social. Isto é diferente do isolamento ocasionado pelo Transtorno de Personalidade Anti-social, mas muitos pacientes possuem comorbidades associadas, o que contribuiria ainda mais para a situação – e esse parece ser o caso de E.L.R. (NARDI, 2000).

Já sobre o Transtorno de Pânico, Velasco (2009) afirma que seus portadores são passíveis de adquirir Agorafobia - medo de permanecerem sozinhos em lugares públicos e assim, a pessoa tende a evitar situações sociais das quais não seja fácil escapar ou requerer socorro por temer ataque de pânico. Para o autor (2009), cerca de 90% dos pacientes com Agorafobia apresentam crises de pânico – dados que parecem se relacionar com a situação de E.L.R.

Situações todas que foram potenciais para contribuir para o estressor *isolamento social*, que neste caso pode estar atuando tanto como causa e/ou conseqüência dos episódios mencionados. É difícil nas primeiras consultas delinear essas questões, até porque o uso do crack e do álcool atual podem dificultar a diferenciação de tais diagnósticos de comorbidades. Assim, é importante que o enfermeiro encaminhe o paciente à especialidade médica de psiquiatria – se ainda não o foi realizado – e acompanhe suas condutas.

Mas, o fato é que para o enfermeiro as respostas de E.L.R. em questões relativas às comorbidades são de fundamental importância, mesmo que não seja função do profissional determinar esses diagnósticos – que são por sua vez atividade médica psiquiátrica. E ainda, neste caso em questão, a identificação do *isolamento social* de E.L.R. – que se deu em vários contextos – é primordial em sua recuperação.

Até porque o estressor atua de tal forma na vida de E.L.R. que contribui para a *situação de rua* – claro que isto também é influenciado pelo estressor maior o *uso de crack* -, pois em suas falas é possível perceber que ao procurar isolar-se de sua família e do contexto social com a finalidade de uso do crack - que passou a ser a prioridade em vários campos de sua vida – encontrou como única solução a moradia na rua.

O contexto de situação de rua é em muitos casos fator predisponente para o uso de crack, mas no caso de E.L.R. o crack surgiu antes em sua vida. Ele afirma que tem um lar, mas que por não conviver bem com seus parentes e principalmente sua mãe, situação decorrente do uso do álcool e da droga - que gera discussões e brigas familiares constantes - optou por morar na rua e só retorna a casa de sua mãe para tomar banho.

Assim, sabe-se que algumas pessoas optam por morar na rua, em um contexto em que a liberdade se sobrepõe às regras da união familiar e de forma que o rompimento com a família é extremamente presente na vida dos moradores de rua, sendo prevalentes situações de violência doméstica, sexual e moral (CANONICO et al., 2007).

Assim, o fato é que o enfermeiro, na assistência ao dependente químico, não deve se preocupar apenas com o uso de drogas e a abstinência de determinada substância, mas deve percebê-lo como um indivíduo que tem uma história, uma trajetória, sonhos, desejos, crenças e descrenças, valores, saberes e expectativas, o reconhecendo como um sujeito que necessita de cuidado integral, como relatam Filho, Santos e Oliveira (2011).

Nesse sentido, o resultado de Enfermagem esperado para o diagnóstico de isolamento social é o *envolvimento social*, que na escala de *Likert*, 'de raramente demonstrado (2)' deve passar a ser 'consistentemente demonstrado (5)'.

Para tanto, a intervenção proposta é a busca pelo *aumento da socialização*, que segundo Johnson et al. (2009) implica em "facilitação da capacidade de uma pessoa para interagir com outros indivíduos"

A princípio se deve destacar que pessoas em situação de rua, com características consideradas como o contrário dos tipos de indivíduos aceitos socialmente em relação a determinados valores, como casa (espaço privado e endereço fixo), trabalho (ocupação formal e fixa) e família (modelo tradicional de estrutura familiar) são colocadas, muitas vezes, em uma condição de extrema exclusão (SOUSA, 2009).

E ainda, ao contrariar a etiqueta e imagem corporal, socialmente instituída, há certa impossibilidade de integração no espaço público de forma assentida por serem esses indivíduos, muitas vezes, considerados não-adequados à vida pública (SOUSA, 2009).

Fato é que no imaginário social, a pobreza extrema é sempre passível de marginalização, de forma que “o indivíduo em situação de rua é reduzido à condição de coisa descartável” (MARTINS, 2003). São ainda considerados por muitos como marginais, vagabundos, loucos, drogados, entre outras representações (SOUSA, 2009).

E ainda, segundo Snow e Anderson (1998) ao passo em que esses sujeitos são desprezados – pois ameaçam o funcionamento social, são também dignos de compaixão – por serem vítimas das forças sociais e do azar. Logo, há em ambos casos o “reconhecimento da sua subalternidade frente aos demais”.

Essas questões então, também contribuem para o *isolamento social* de E.L.R. e devem ser consideradas pelo enfermeiro ao se pensar em *aumento da socialização*, pois se trata de uma intervenção complexa que deve envolver vários setores da sociedade. Aqui, se deve ponderar que há várias instituições de socialização como a escola, a religião, a família, a mídia que desempenham papel de ‘guardiãs’ e de difusoras de valores hegemônicos frente a um consenso da vida social (BELLONI, 2007). De forma que é interessante articular a rede social mais próxima do usuário, ponto este que será mais bem discutido no diagnóstico de *atividades recreativas deficientes e enfrentamento comunitário ineficaz*.

E ainda, se deve destacar o argumento de Belloni (2007) que afirma que “o ser humano não se torna espontaneamente um ser social, um indivíduo”, pois segundo a autora, mesmo que ele disponha do ‘equipamento’ cognitivo necessário a se tornar um ser social é preciso que essas capacidades sejam ativadas, desenvolvidas e estruturadas para que assim possam se transformar em competências efetivas.

Assim, diante do isolamento social é interessante que o profissional crie um ambiente em que o paciente se sinta livre para falar e que tenha seu sentimento compreendido. Por tanto, é necessário ganhar a confiança do mesmo e principalmente procurar ‘quebrar’ as barreiras que o impedem de se comunicar

(NARDI, 2000). E isso pode ser conseguido por meio das intervenções de Enfermagem: *escuta ativa* (que já foi discutida anteriormente) e *aconselhamento*.

O aconselhamento pode ocorrer a partir das práticas da terapia cognitivo comportamental que podem ser úteis nesse processo. Nardi (2000) afirma que por meio dessa técnica é possível monitorar o aprendizado de novos padrões de interação social, principalmente pelo treinamento de habilidades sociais – que compõe a terapia – esta é a parte comportamental da terapia.

O treinamento de habilidades sociais pressupõe que os sintomas decorrem da falta de habilidades sociais, e assim, possibilita ao indivíduo um melhor entrosamento em situações sociais, contribuindo também para diminuição da ansiedade. Logo, o treino de habilidades inclui técnicas que capacitam a interação interpessoal - conversação, assertividade¹⁷, expressão de sentimentos - e a atuação em público - construção do discurso, comunicação não-verbal, entre outros (NARDI, 2000).

É importante também a etapa cognitiva que deve ser associada a anterior uma vez que uma mudança comportamental depende, essencialmente, da mudança cognitiva (NARDI, 2000).

Assim, a partir da terapia cognitiva e diante dos possíveis diagnósticos de comorbidades de E.L.R. é necessário que o enfermeiro atue no aconselhamento a fim de tentar corrigir conceitos distorcidos e crenças disfuncionais do paciente no intuito de que o mesmo domine as situações antes percebidas como insuperáveis (NARDI, 2000) – por exemplo, no caso de E.L.R. as situações em que precisa resolver algo e acha que não consegue sozinho, acha que será humilhado em diversas situações sociais, entre outros.

A terapia cognitiva então foca nas crenças disfuncionais e procura intervir diretamente, modificá-las ou substituí-las por outras mais adequadas. Isso é importante porque muitas vezes os pacientes durante a situação temida preocupam-se consigo mesmo e com seus sintomas em vez de procurar interagir com os outros, focar a atenção ou escutar as pessoas. E assim, em decorrência disso, fazem uma

¹⁷ Significa reconhecer o direito de decidir o que fazer em vez de ceder às expectativas e solicitações de outras pessoas. Também significa reconhecer os direitos dos demais (BORDIN; FICLIE; LARANJEIRA, 2004).

avaliação negativa do próprio desempenho (NARDI, 2000), o que contribui para o isolamento social.

Outra estratégia interessante, no caso de E.L.R. é o *grupo de apoio*. Este apesar de já discutido no diagnóstico *enfrentamento ineficaz*, tem aqui suas especificidades. O enfermeiro deve lembrar, ao encaminhar E.L.R. para o grupo, que além de vários benefícios – como o apoio mútuo entre os pacientes –, segundo Edwards e Dare (1997), a participação no grupo promove o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais.

Assim, é importante que o enfermeiro além de encaminhar E.L.R. reveja sempre em cada atendimento como está a participação no grupo, pois esta intervenção pode contribuir muito para o estressor de isolamento social, mas é necessária a participação ativa do paciente nesse propósito.

Além disso, no caso de E.L.R., devido às questões apresentadas que influenciam no *isolamento social*, é prudente que o enfermeiro o encaminhe para auxílio de serviços de *terapia ocupacional* como colocado por Alves, Ribeiro e Castro (2011), sendo uma forma de estratégia junto a esses episódios. E mais ainda, o enfermeiro deve acompanhar sempre o andamento dessas questões em consultas subseqüentes.

Barros e Rodrigues (2011, p. 186) mencionam que o Terapeuta Ocupacional deve fazer parte da equipe multidisciplinar no tratamento da dependência química a fim de “auxiliar o indivíduo a aprender ou reaprender hábitos necessários ao seu cotidiano e convívio social, sendo fundamental para ampliar o repertório social do dependente químico”. Dessa forma, a participação desse profissional é de grande importância no atendimento à E.L.R.

Neste caso então é necessário que enfermeiro busque o auxílio de outros profissionais, de forma a trabalhar em equipe, uma vez que para implantação da SAE isso é fundamental. Esta também é a opinião de Alves, Ribeiro e Castro (2011) ao afirmarem que é importante que o enfermeiro saiba trabalhar em equipe, uma vez que o usuário de crack apresenta uma série de problemas, desde o comprometimento da assertividade e do planejamento, repercussões no trabalho, conseqüências familiares, até questões judiciais, que podem necessitar de auxílio de outros profissionais (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Pillon, Jora e Santos (2011) colocam ainda que “é preciso superar a atomização produzida pela visão unidisciplinar, que fragmenta o objeto de cuidado e o reduz a dimensões moleculares, que mesmo quando integrado, não conseguem recompor o todo parcelado”, e ainda que a “dependência química é um problema social e de saúde complexo o qual nenhuma disciplina ou profissão pode responder de forma isolada”.

Logo, diante dos fatos expostos, se observa que as intervenções podem ser caracterizadas como *Prevenção Secundária* uma vez o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação aos fatores de estresse. Assim, a abordagem visa à redução dos efeitos nocivos dos estressores e busca assim fortalecer as linhas internas de resistências.

➤ Enfrentamento Ineficaz

Para Johnson et al. (2009) o diagnóstico de Enfermagem *enfrentamento ineficaz* se trata da “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis”.

Estas questões são todas vivenciadas por E.L.R. diante do conjunto de estressores que afetam seu sistema de equilíbrio. Até porque por serem diversas situações que desencadeiam o desequilíbrio do seu sistema é fato que há um enfrentamento ineficaz dos estressores, tanto em nível intra, inter e extrapessoal.

E, além disso, o *uso do crack* como estressor maior e possível desencadeante dos demais atua ainda no aumento da *impulsividade* de E.L.R. devido à ação da droga – estimulante do SNC – e da intensa fissura. Fato é que a *impulsividade*, enquanto estressor intrapessoal favorece um *enfrentamento ineficaz* por parte do usuário.

Outra questão que deve ser considerada também nesse diagnóstico são os sintomas relatados por E.L.R. que indicam o diagnóstico de comorbidade de Episódio Maníaco Passado. O paciente afirma que mesmo sem estar sob o efeito do crack que se “sentia tão eufórico e cheio de energia que isso lhe causou problemas”; “tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer”;

“os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los”; “desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais)”, entre outros. Situações essas que favorecem a impulsividade.

Para Cordeiro e Diehl (2011) o consumo de cocaína\crack é percebido como uma forma de manter ou potencializar os quadros de Mania, sendo que o principal problema dos pacientes com essa comorbidade é a adesão ao tratamento.

Assim, o enfermeiro deve atuar no sentido de buscar um resultado de *autocontrole da impulsividade*, que na escala de *Likert* de ‘raramente demonstrado (2)’ passe a ser ‘consistentemente demonstrado (5)’.

A princípio como intervenção deve se pensar no *tratamento do uso de drogas* (que já foi discutido no diagnóstico *conhecimento deficiente do controle de substância*), pois a abstinência é fator importante para o aumento das linhas de resistência de E.L.R.

Além disso, muitos pacientes se beneficiam de estratégias de suporte comunitário, como os grupos de Narcóticos Anônimos (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011). Para tanto, é necessário que o enfermeiro encaminhe o paciente ao *grupo de apoio*, que no caso desse usuário fique próximo ao local onde costuma estar, pela situação de rua.

Mariano (1999) explica que os grupos de mútua-ajuda apresentam as seguintes vantagens: 1) há compartilhamento de experiências; 2) ao não se sentir discriminado, o paciente pode falar mais livremente de seus problemas; 3) mesmo aqueles mais calados podem se beneficiar, pois o tema está sendo abordado sem que ele precise desempenhar papel ativo; 4) pacientes que fazem uso de substâncias há mais tempo podem servir de modelo para os iniciantes; 5) a atitude normativa do grupo sobre os membros funciona como forma de controle das condutas aditivas.

Outra intervenção é a *facilitação da auto-responsabilidade* que pode ser trabalhada por meio da ‘resolução de problemas’ da terapia cognitiva de Beck. Nesta, em cada encontro, o profissional encoraja o paciente a mencionar problemas que surgiram

durante a semana, ou que poderão surgir. E a princípio o profissional assume um papel ativo em propor soluções possíveis, e posteriormente, deve encorajar o paciente a adquirir uma postura ativa na resolução de seus problemas (BECK, 1987).

Essa é uma estratégia que pode beneficiar E.L.R. na minimização do estressor em questão, uma vez que por possuir deficiências nessas habilidades, ao propor soluções para os problemas que ele mesmo especificou, é possível que sua auto-eficácia seja aumentada, tornando mais viável a recuperação do uso de drogas e a diminuição da impulsividade.

E ainda, uma terceira intervenção necessária no caso de E.L.R. é a *melhora do enfrentamento*, que para Johnson (2009) se trata de “auxiliar o paciente para se adaptar a estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram na satisfação das necessidades vitais e no desempenho de papéis”.

Para tanto, o enfermeiro pode usar estratégias de *coping* a fim de auxiliar E.L.R. na melhora do enfrentamento. As estratégias de *coping* refletem ações, comportamentos ou ações para lidar com o estressor, e podem ser classificadas em dois tipos: o *coping* focalizado na emoção – esforço para regular o estado emocional associado ao estresse, e *coping* focalizado no problema – esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. Este último pode ser ainda externo, mas demanda estratégias interpessoais, ou internas e requer geralmente reestruturação cognitiva (FOLCKMAN; LAZARUS, 1980).

No caso de E.L.R. é interessante aplicar as duas estratégias, uma vez são vários os estressores que contribuem para o *enfrentamento ineficaz*, de forma que há influências das variáveis biológicas, sociais, culturais, psicológicas, de desenvolvimento e espirituais.

Além disso, nesta intervenção, o enfermeiro deve identificar os *fatores de reconstituição* que favorecem o estado de adaptação aos elementos estressores em um entorno interno ou externo, como propõe Neuman (1995). São fatores de reconstituição para E.L.R.: a motivação para o tratamento, pois relata ser ‘extremamente’ importante para ele; o fato de ter buscado informações sobre um curso supletivo que deseja realizar; de ter um certificado como pintor – que para ele

foi muito importante e deseja dar continuidade; e ainda algumas percepções sobre o autocuidado como não dirigir após usar álcool ou crack. Logo, o enfermeiro deve identificar esses fatores e usá-los como dispositivos para *melhora do enfrentamento* aos estressores.

Nesse contexto ainda, Wandekoken e Siqueira (2011b) ressaltam que é importante entender o que contribui para que haja o (re) encantamento¹⁸ do indivíduo, que pode ocorrer, por exemplo, por meio de atividades de lazer, de educação, emprego, cultura, entre outros. E, ao incentivar a realização dessas atividades, espera-se também contribuir no enfrentamento de E.L.R. aos estressores.

Assim, as intervenções apresentadas caracterizam uma abordagem de *Prevenção Secundária*, conforme o Modelo de Betty Neuman. E são propostas no sentido de fortalecer as linhas de resistência de E.L.R. e colaborar para o tratamento de uso de drogas.

8.2 ESTRESSORES INTERPESSOAIS

Segundo Neuman (1995) os indivíduos estão em constante troca de energia dinâmica com o ambiente. Assim, para Pillon, Jora e Santos (2011) cabe ao enfermeiro auxiliar o paciente a se reorganizar conforme seus próprios recursos, e assim ajudá-lo na relação interpessoal o apoiando a assumir a responsabilidade pela melhora de sua qualidade de vida. Além disso, é importante considerar que o paciente deve necessitar também de um suporte social e familiar – os quais podem ser alcançados junto ao tratamento, e não somente do profissional de saúde.

Logo, com base nestas questões, se deve pensar em estressores interpessoais. Assim, foram identificados três (03) diagnósticos de Enfermagem a partir dos estressores interpessoais que afetam o sistema de equilíbrio de E.L.R. São eles:

- Atividades de recreação deficientes

¹⁸ Para Lescher (2010) o (re) encantamento é aquilo que dá sentido à alma das pessoas.

Este diagnóstico diz respeito ao interesse diminuído em atividades recreativas ou de lazer, e sobre este item o usuário afirma que freqüentemente tem dificuldades em como aproveitar o tempo livre. É fato, então, que a *ociosidade* é um estressor importante para E.L.R.

Para Zanelatto e Sakiyama (2011) quanto menos atividades prazerosas a pessoa tiver, maior será a probabilidade de ocorrência de sentimentos negativos, como solidão, depressão e tédio. Sintomas estes, já descritos por E.L.R.

É preciso, então, implementar estratégias complementares que permitam fortalecer e diversificar a rede social do usuário, como grupos de apoio da comunidade, trabalho, instituições religiosas, culturais e de recursos de lazer, de forma a expandir suas possibilidades de atividades mais agradáveis em detrimento do uso de substâncias (PILLON; JORA; SANTOS, 2011).

Além disso, Siqueira e Souza (2005) lembram da necessidade de intervenções que venham auxiliá-lo, como a prática de atividades ocupacionais, física, recreativa e espiritual, facilitadoras da reinserção social do dependente.

No contexto da história de E.L.R. se observa que a *ociosidade* se relaciona tanto ao diagnóstico de *atividades de recreação deficientes* como também ao diagnóstico já discutido de *isolamento social*. Assim, o que se espera diante desse diagnóstico é o maior *envolvimento social*, que na escala 'de raramente demonstrado (2)' deva ser 'consistentemente demonstrado (5)'.

Para isso, o enfermeiro pode intervir buscando o *aumento da socialização* do paciente e a *modificação do comportamento: habilidades sociais*. Este último foi discutido mais claramente no diagnóstico de *isolamento social* e sua propositiva também cabe nesse contexto. Já a primeira intervenção deve ser explicada.

O *aumento da socialização* requer iniciativa também do paciente, que deve realizar esforços nesse sentido, considerando que é o principal responsável pela sua melhora e recuperação.

Assim, o enfermeiro deve incentivar o paciente, escutá-lo ativamente – como já proposto – e conhecer a rede de apoio mais próxima para o usuário, que possa proporcionar atividades recreativas.

No caso de E.L.R. pode-se propor, a princípio, um encaminhamento ao Centro de Referência da Juventude, em Vitória – local de fácil acesso para ele. Este centro atende jovens de 15 a 29 anos e possui uma série de atividades e oficinas, como oficina de *Grafiti*, de desenho em quadrinhos, aulas de bateria, curso de Inglês, aulas de teatro, oficina de *Break*, entre outros (CENTRO DE REFERÊNCIA DA JUVENTUDE, 2011).

Também devem ser discutidas com E.L.R. a necessidade de que ele mesmo pense em atividades que lhe são prazerosas, o que implicará também em diminuição da fissura.

Além disso, Zanelatto e Sakiyama (2011) propõe como estratégias para serem aplicadas em grupo, mas que podem ser usadas no contexto individual: solicitar que o paciente elabore uma lista de atividades que considere prazerosas; planejar de 30 a 60 minutos de seu dia para realizá-las; estabelecer objetivos de equilíbrio entre ‘obrigações’ e ‘desejos’ a fim de que no final dia o resultado seja positivo; fazer um planejamento de atividades e procurar segui-lo e por último, identificar os obstáculos para consecução da atividade.

O profissional então deve perguntar sobre os sentimentos de E.L.R. durante as atividades e explorar as resistências, como pensamentos disfuncionais que impedem que o paciente se torne mais ativo (ZANELATTO; SAKIYANA, 2011).

Logo, as abordagens realizadas pelo enfermeiro diante do estressor *ociosidade* são caracterizadas como *Prevenção Secundária*, segundo o modelo de Betty Neuman. Isto se deve ao fato de que o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação ao fator de estresse (ociosidade). Assim, a abordagem visa à redução dos efeitos nocivos desse estressor e busca assim fortalecer as linhas internas de resistências.

➤ Enfrentamento familiar comprometido

A figura paternal e maternal, ambas ambíguas, que ao mesmo tempo demonstravam pouco ou nenhum cuidado (a mãe) e afeto, mas que tinham atitude de elevada superpoteção (principalmente o pai) caracterizou o ‘controle sem afeto’, durante a

infância de E.L.R. Isso pode ter ocasionado graves repercussões em seu crescimento saudável, constituindo uma crise do desenvolvimento importante, que o afetou em nível da formação da personalidade.

Assim, estes eventos devem ser considerados fatores de estresse interpessoal, caracterizando o diagnóstico de *enfrentamento familiar comprometido*. Para Neuman (1995) qualquer crise do desenvolvimento assume-se como estressor para um indivíduo, mesmo que esta não lhe seja percebida como tal.

Assim, como resultado espera-se o *enfrentamento familiar* que na escala de *Likert* está 'raramente demonstrado (2)' passe a ser 'consistentemente demonstrado (5)'.

A princípio é importante ressaltar que no caso de E.L.R. o *uso de drogas pelos pais* (álcool por ambos e cigarro pelo pai) – na condição de estressores - afetaram sua infância e adolescência, bem como seu uso de drogas afeta e influencia o sistema familiar.

Corroborando com essa idéia, para Payá e Figlie (2004), no que se refere à dependência química, a idéia básica é de que as pessoas que usam drogas estão em um contexto no qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos influenciam os comportamentos dos demais membros da família e são por ela influenciados.

Assim, a principal intervenção de Enfermagem é a *consulta* ao membro familiar, concomitante com a *promoção do envolvimento familiar* e, posteriormente a *mediação de conflitos*.

Logo, o enfermeiro deve incluir o familiar como uma 'peça-chave' no tratamento, por meio da *consulta*. E no caso de E.L.R. deve ser a princípio a mãe, que é a pessoa mais citada em seus relatos e com quem tem mais contado – e problemas - hoje, uma vez que seu pai faleceu quando ele tinha 14 anos, e o contato com seus irmãos é pequeno, segundo ele. Mas, posteriormente, segundo Payá e Figlie (2004) é positivamente indicado que todo o sistema participe do atendimento familiar.

A família "é um sistema dinâmico e em constante transformação, que cumpre sua função social transmitindo os valores e as tradições culturais" (PAYÁ; FIGLIE, 2004). Ela passa por diversas fases diante do uso de substâncias por um de seus

membros, entre elas: a negação; a tentativa de controle do uso da droga; agem como facilitadores assumindo a responsabilidade pelos atos do usuário; exaustão emocional e ainda podem surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros. Também há uma tendência de os familiares se sentirem culpados e envergonhados pela situação (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Dessa forma, as intervenções na família constituem componente crucial das estratégias de tratamento, com o objetivo de que os familiares entendam e compreendam o problema em seus diferentes aspectos, incluindo “a repercussão no plano das interações no microssistema familiar, para que a família tenha consciência da necessidade de se reposicionar diante do membro dependente” (PILLON; JORA; SANTOS, 2011).

Payá e Figlie (2004) mencionam que antes de encaminhar o familiar para uma Terapia Familiar é necessário, em muitos casos, o atendimento individual.

Assim, a conduta do enfermeiro na *consulta* implica justamente nessa idéia, de a princípio convidar a mãe de E.L.R. com a sua concordância – é claro – e procurar ouvi-la. Explicando para o usuário que suas colocações serão mantidas de forma sigilosa pelo profissional no encontro com sua mãe.

E, será por meio desse atendimento familiar então que os membros passam a receber atenção para suas angústias e podem também contribuir com informações fundamentais para a melhor compreensão do quadro de dependência química e, conseqüentemente no relacionamento familiar, como mencionam Payá e Figlie (2004).

Assim, concomitantemente, o enfermeiro deve buscar a *promoção do envolvimento familiar*, que segundo Johnson et al. (2009) diz respeito à “facilitação da família no cuidado físico e emocional do paciente”.

Estudos de metanálise realizados por Edwards e Steinglass (1995) apontam que incluir a família no tratamento contribui para o engajamento do paciente diante da proposta de abstinência e proporciona a melhora quanto ao funcionamento familiar.

É fato que os problemas decorrentes do uso de drogas produzem estressores familiares de forma gradual, mas estes ainda tendem a ser exacerbados por

diversos outros estressores decorrentes da identidade familiar. Todas essas questões, então, devem ser levantadas pelo enfermeiro durante o atendimento ao familiar e à E.L.R. a fim de promover o envolvimento da família no contexto do tratamento.

Payá (2011, p. 320) afirma ainda que reforçar “a quebra de preconceitos e trabalhar com crenças moralistas e culpas quanto à questão da dependência proporcionam o resgate da autonomia de cada membro familiar, buscando a mudança nos padrões familiares estabelecidos”.

Para tanto, após esse primeiro contato será necessário o atendimento em conjunto na etapa de *mediação de conflitos*. E durante esta, segundo Payá e Figlie (2004) é fundamental que o profissional “propicie um ambiente que ofereça, ao dependente e sua família, condições de adquirir conhecimentos e ferramentas que proporcionem a recuperação, e não a criação, de um cenário de ataques e críticas”.

E ainda, o enfermeiro deve estimular a comunicação entre os membros e promover o reconhecimento do papel de cada um, a fim de beneficiar o processo de recuperação e atuar frente a esse estressor interpessoal.

Além disso, neste caso de E.L.R., diante da história familiar de conflitos, é prudente o encaminhamento dos familiares a um *grupo de apoio*, como o grupo Amor-exigente. Para Menezes e Cerchiaro (2004, p. 70):

Os grupos de ajuda reúnem pessoas que vivenciam os mesmos desafios e/ou que compreendem e respeitam o problema de cada um e, juntas, buscam a melhor solução para diferentes situações. Nesses grupos, os participantes doam e recebem apoio e, no processo de troca, vão criando laços, comprometem-se uns com os outros, tornam-se mais criativos, motivados e passam a sentir-se muito mais seguros e felizes.

E no caso do grupo Amor-exigente, que funciona há mais de 26 anos, há momentos em que o grupo compartilha sua vida, encoraja, modera, elucida por amor e respeito à dor do outro, e ainda a ajuda nesse grupo é facilitada devido a organização, a divisão de assuntos, os exemplos, os destaques inteligentes e sensíveis, tudo passado de forma simples e ao alcance de todos (MENEZES; CERCHIARO, 2004).

Logo, a participação da mãe e familiares de E.L.R. nesses grupos é fundamental na sua recuperação, e o profissional enfermeiro deve atento às questões familiares.

As abordagens realizadas pelo enfermeiro diante dos estressores apontados nesse item, então, são caracterizadas como *Prevenção Secundária*, segundo o Modelo de Betty Neuman uma vez que visam à redução dos efeitos nocivos do estressor e busca assim fortalecer as linhas internas de resistências.

➤ Risco de violência direcionada a outros

O diagnóstico de Enfermagem de *risco de violência direcionada a outros* está amplamente relacionado ao anterior, de forma que o *enfrentamento ineficaz* associado à *impulsividade* (como colocado anteriormente) favorece este diagnóstico. E mesmo considerando, pelo relato de E.L.R., que este nunca praticou nenhum ato de violência direcionada a outros, é fato que diante do uso de crack se deve considerar esse risco.

Logo, o enfermeiro deve atuar no sentido de buscar o *autocontrole da impulsividade* pelo paciente, que na escala de *Likert* de 'raramente demonstrado (2)' passe a ser 'consistentemente demonstrado (5)'.

E ainda, a intervenção de Enfermagem é a mesma que para o diagnóstico de *enfrentamento ineficaz*: o *tratamento de uso de drogas*, em busca da abstinência e controle da impulsividade. Assim, é preciso explicitar que este item merece tópico específico devido à gravidade do mesmo.

Para Guimarães et al. (2008) o uso de crack está associado à episódios de roubo, violência e endividamento com traficantes, pois constatou-se ser "freqüente a presença de antecedentes criminais nesses dependentes, e essa variável estava relacionada à sintomas de ansiedade, de depressão e à fissura mais intensa".

E ainda, é interessante destacar um estudo realizado em São Paulo que constatou que o tipo de SPA utilizada e a presença de Transtorno da Personalidade Anti-social podem influenciar nas taxas de criminalidade, sendo que o tratamento para a dependência de SPA pode exercer papel importante na reabilitação dos usuários que já praticaram delitos (DINIZ-OLIVEIRA; AZEVEDO, 2008). Logo, a possível presença de Transtorno da Personalidade Anti-social por E.L.R. é outro fator que contribui para o diagnóstico de Enfermagem em questão.

Também deve ser considerada a forma como o usuário adquire dinheiro para consumir o crack (cerca de 500 reais em pedras por semana), o álcool (várias garrafas ao dia) e o cigarro (usado ao fumar crack), pois se fosse possível somar esses valores, certamente seria alto. Fato é que essa questão não ficou clara durante a coleta de dados, uma vez que durante o relato ocorreram discordâncias.

Nesse sentido, E.L.R. afirma que consegue apenas 800 reais por mês por meio de bicos ou por 'pedir na rua' – sem relatar como adquire o valor restante, afirmando apenas que furta sua mãe (sendo que esses são episódios raros e consegue apenas cerca de vinte reais por mês dessa forma). É interessante lembrar, que durante esse relato, inicialmente o usuário relatou que não furta ou rouba, mas depois afirmou (de forma muito envergonhada) que furta a sua mãe. Sendo estes então, outros fatores que favorecem o *risco de violência direcionada a outros*.

Diante dessas questões, o diagnóstico de Enfermagem apresentado neste item caracteriza a *Prevenção Primária*, segundo o Modelo de Betty Neuman. Esta visa à identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações - violência destinada a outros. Logo a meta é evitar que os estressores cheguem à linha normal de defesa, ou diminuir o grau de reação.

8.3 ESTRESSORES EXTRAPESSOAIS

Foram identificados dois (02) diagnósticos de Enfermagem a partir dos estressores extrapessoais que afetam o sistema de equilíbrio de E.L.R. São eles:

➤ Enfrentamento comunitário ineficaz

Este diagnóstico de Enfermagem foi proposto a fim de se pensar em meios para auxiliar E.L.R. em sua atual situação como morador de rua, uma vez que como é descrito por Vannucchi, Cordeiro e Diehl (2011) “viver na rua só é uma escolha quando houver outras opções de vida”.

Apesar de essas questões terem sido pouco abordadas junto ao paciente, no momento da coleta, se percebe pelos relatos de E.L.R. que a sua atual situação de

morador de rua é influenciada por inúmeros fatores, entre eles a *ineficácia do enfrentamento comunitário* que se mostra um estressor extrapessoal.

Assim, o enfermeiro deve atuar na busca pela *competência da comunidade* que na escala de *Likert* de ‘moderadamente demonstrado (2)’ passe a ser ‘consistentemente demonstrado (5)’. Para tanto, uma intervenção de Enfermagem de grande importância: a *monitoração de Políticas de Saúde*.

Nesse sentido, a primeira intervenção, segundo Johnson et al. (2009) se trata de “supervisão e influencia sobre regulamentos, regras e padrões governamentais e organizacionais que afetam os sistemas e as práticas de Enfermagem, a fim de assegurar cuidados de qualidade aos pacientes”. Isso quer dizer que o enfermeiro deve buscar o entendimento das Políticas de Saúde relacionadas à situação de morador de rua para que possa auxiliar E.L.R. a fortalecer as linhas de resistência diante do estressor extrapessoal apontado.

Logo, é necessário entender que a população de rua está inscrita em um processo social complexo, e deve ser compreendida como parte de “um processo de marginalização e desfiliação dos indivíduos”. Estes utilizam a rua de três maneiras, de acordo com o grau de permanência e de vínculo familiar, são eles: ficar na rua (somente em determinadas circunstâncias); estar na rua (há pouco tempo) e ser da rua - de forma permanente (VANNUCCHI; CORDEIRO; DIEHL, 2011).

No caso de E.L.R., a situação como morador de rua ocorre somente em determinadas circunstâncias, pois afirma que vai à casa de sua mãe sempre que precisa tomar banho. Mas fato é que a maior parte do tempo ele fica na rua, o que pode vir a se tornar de maneira permanente.

Vannucchi, Cordeiro e Diehl (2011) afirmam que o uso de substâncias psicoativas faz parte da realidade das pessoas que estão em situação de rua, seja para minimizar a fome e o frio, seja como estratégia para dormir ou ainda como forma de tentativa de socialização com outros grupos de rua.

Logo, deve-se pensar que a *situação de rua* é também um fator estressor para E.L.R. que pode ser apontado como intrapessoal, interpessoal ou extrapessoal, mas que para fins de melhor entendimento, este estressor também discutido nesse item.

Assim, ao mesmo tempo em que se percebe várias vulnerabilidades dessa população para o uso de drogas, é importante, nesse contexto, que o enfermeiro reflita sobre as práticas de saúde e as políticas públicas que são necessárias para o cuidado a essas pessoas.

Desde 1988, a partir da implementação do SUS ao preconizar que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, o sistema tende a contemplar também essa população, no que se refere aos hábitos e condições de vida (BRASIL, 1988). Assim, para se alcançar o princípio da equidade é necessário que se criem novas estratégias de trabalho para acolher essas pessoas, que haja uma organização na relação com outras instituições por meio de redes e ainda que as ações de cuidado ocorram conforme as necessidades da população (VANNUCCHI; CORDEIRO; DIEHL, 2011).

Varanda e Adorno (2004) apontam também os programas sociais que são marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, mas, oferecem poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas. Sobre isso ainda, Souza, Silva e Caricari (2007) comentam que dessa forma, as pessoas em situação de rua são consideradas como *descartáveis urbanos*¹⁹, e ainda, que esses programas “trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente”.

Se faz necessário, portanto o fortalecimento da rede de apoio e de serviços que utilizem o processo de emancipação do sujeito, que incentive a participação, respeite a diversidade e desenvolva o protagonismo (SCHLITHLER, 2004), já que segundo Souza, Silva e Caricari (2007) a realidade atual ainda “é formada por práticas isoladas, assistencialistas e centralizadas que sustentam e cronificam a situação de rua”.

E nesse contexto, é de fundamental importância a monitorização de práticas de saúde e de políticas públicas pelo enfermeiro a fim de que possa auxiliar na consecução de uma melhor qualidade aos pacientes, como é proposto nesse item para o caso de E.L.R.

¹⁹ O termo *descartáveis urbanos* é uma alusão à população em situação de rua, feita por Varanda e Adorno (2004) em seu artigo: *Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde*.

Assim, é de suma importância também que os serviços promovam a participação e o controle social, pois isso permite que os atores envolvidos possam contribuir para minimizar as iniquidades existentes (WESTPHAL; MENDES, 2000). De fato, o saber técnico ainda prevalece o que supõe pouca articulação dos profissionais com a população de rua e suas necessidades (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007).

Contudo, é necessário mais do que o acesso a serviços assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (BUSS, 2000).

E é nesse sentido que o enfermeiro deve atuar, ao contribuir na busca de soluções pertinentes por meio da articulação com diversos saberes, no sentido da construção de uma rede social que priorize a promoção da saúde.

Mas, como dificultadores desse processo, Souza, Silva e Caricari (2007) apontam o despreparo das equipes, o desencontro de informações, a centralização dos poderes e a hierarquização, além dos interesses políticos e econômicos.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Justiça (2011) aponta que apesar da porta de entrada na rede de atenção em saúde ser a Estratégia de Saúde da Família e CAPSad são necessárias articulações com as políticas públicas de ação social, educação, trabalho, justiça, esporte, direitos humanos e moradia.

É fato que são necessárias ações intersetoriais do setor saúde com o setor trabalho e habitação para que haja uma real mudança para as pessoas que estão em situação de rua. Mas, apesar de os ideais assistencialistas estarem sendo de forma gradativa substituídos por um discurso de inclusão social, de empoderamento e cidadania, ainda hoje são realizadas políticas paliativas e muitas vezes cronicantes (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007).

No entanto, se deve considerar que mudanças de paradigmas ocorrem lenta e gradativamente e que o enfermeiro deve ser atuante nesse processo. E para tanto, Wandekoken e Siqueira (2011) destacam que apesar dessas situações se apresentarem ainda como grandes desafios para a saúde pública, é necessário que a sociedade, governo e profissionais envolvidos com a temática – inclusive o

enfermeiro - busquem compreender os discursos políticos e propostas, a fim de se construir o avanço da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, que seja de qualidade e eficaz, além de buscar novas possibilidades para a implementação das diretrizes da Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Logo, essa abordagem realizada pelo enfermeiro diante dos estressores *ineficácia do enfrentamento comunitário* e *situação de morador de rua* são caracterizadas como *Prevenção Secundária*, segundo o Modelo de Betty Neuman. Isto se deve ao fato de que o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação aos estressores mencionados. Assim, a abordagem visa à redução dos efeitos nocivos desses estressores e o fortalecimento das linhas internas de resistências. Ainda é importante considerar que o diagnóstico *manutenção do lar prejudicada* se relaciona de forma constante ao diagnóstico que foi apresentado e que para tanto as intervenções de Enfermagem que serão descritas a seguir também são prudentes para tal.

➤ Manutenção do lar prejudicada

A atual incapacidade de E.L.R. em manter um lar é um fator de estresse importante. Seu estado de desemprego, contas e dívidas a pagar, situação econômica comprometida, uso de crack e álcool constantes e problemas familiares tornaram este diagnóstico uma realidade para o usuário, contribuindo para sua situação de morador de rua.

Entre usuários de longa data é comum tanto o comprometimento da capacidade de recolocação no mercado de trabalho devido a déficits cognitivos, de assertividade quanto pela perda de habilidades sociais (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Para tanto, espera-se um resultado de *ambiente físico familiar* que na escala de *Likert* de 'raramente demonstrado (2)' seja 'consistentemente demonstrado (5)'. E para que isso ocorra a princípio são fundamentais duas intervenções de Enfermagem: *assistência quanto a recursos financeiros* e *melhora do sistema de apoio*.

Quanto à primeira intervenção, o enfermeiro deve, em cada encontro com E.L.R., sugerir e incentivar participação em atividades profissionalizantes que forem do interesse do paciente, como por exemplo, o curso supletivo relatado pelo usuário, cursos na área de pintor e de jardinagem (que ele demonstra interesse), e ainda sempre que possível estimular a procura por emprego – segundo E.L.R. é de seu interesse, mas ainda não demonstrou iniciativa para tal.

Essas questões são de primordial importância no sentido de alcançar a recuperação de E.L.R., pois segundo Pillon, Jora, Santos (2011) a abordagem ao paciente deve ser realizada sob a ótica da totalidade, considerada na perspectiva da integralidade que é focada no alívio do sofrimento humano e considera o indivíduo como protagonista do processo de tratamento.

Já em relação à *melhora do sistema de apoio*, Zanelatto e Sakiyana (2011) afirmam que é importante que as pessoas que apresentam problemas com o uso de drogas consigam se inserir em contextos sociais em que o uso não seja o elemento central.

Mas, para E.L.R. este é um grande desafio, uma vez que passou a priorizar o álcool e o crack em sua vida, em detrimento de outros círculos sociais de forma que construir uma nova rede social torna-se tarefa árdua.

Fato é que quanto maior o número de pessoas com as quais possa contar para obter apoio, maior o sentimento de auto-eficácia do usuário. E nesse sentido, o profissional pode incitar reflexões acerca da melhora do sistema de apoio, como por exemplo: ao questionar quem são as pessoas com quem ele pode contar em emergências (ou para falar de sentimentos, expectativas); quais os tipos de apoio e como conseguir esse apoio – por meio da assertividade; oferecendo apoio (para receber em troca). E ainda, o profissional deve suscitar o *feedback* do paciente, em cada encontro, a fim de saber se as estratégias estão sendo efetivas ou não, considerando – é claro – que o processo é em longo prazo (ZANELATTO; SAKIYANA, 2011).

Algumas dessas questões já foram iniciadas com E.L.R., no momento da coleta, e para ele, seus familiares e 'ex-mulher' não são pessoas com quem poderia contar, e, além disso, acredita que nem ele nem ninguém possuem amigos. Mas, afirma que

poderia talvez contar com algum médico ou pastor – que são pessoas que lhe passam confiança.

Assim, é preciso que o enfermeiro reveja essas questões junto a E.L.R. no sentido de melhorar a rede de apoio, contribuindo para a construção de um ambiente físico familiar e na abstinência das drogas, de modo que tanto a atual *incapacidade do paciente em manter um lar* e a *falta de uma rede social de apoio* são potenciais estressores extrapessoais para o uso de drogas. Logo, as abordagens discutidas nesse item são relacionadas à *Prevenção Secundária*, no Modelo de Neuman.

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas...
continuarei a escrever
(Clarice Lispector)*

Abordar a temática de uso de crack, por meio do método de estudo de caso, significou abordar a complexidade do sujeito e a subjetividade identificadas pela coleta, pelas expressões faciais, pela comunicação não-verbal, pelo silêncio, pelos sentimentos de entusiasmo, solidão, angústia, medo, entre tantas questões vivenciadas pelo sujeito. Procurou-se trazer à discussão o fenômeno em estudo, de modo a propor uma atuação para o enfermeiro diante da temática.

Assim, tomar a vivência do paciente, considerando-o como ser único, com necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais, de desenvolvimento e espirituais, por meio de um 'novo' olhar pela Enfermagem, foi possibilitar a re-leitura da atuação do enfermeiro mediante a identificação de vários fatores que foram estressores para o paciente.

O estudo possibilitou constatar a complexidade que reveste as situações relativas aos estressores, tornando essa compreensão muito enriquecedora ao 'mergulhar' nos relatos do paciente. A coleta propiciou um olhar amplo ao contemplar os aspectos primordiais na temática e todas as variáveis do modelo de Neuman.

Assim, a *falta de conhecimento sobre o controle de uso das substâncias – crack e álcool* – foi um dos estressores intrapessoais mais significativos nesse processo ao impedir que E.L.R. tenha iniciativas mais eficazes para lidar com um problema ainda maior - o próprio *uso de crack*. E diante deste, várias intervenções de Enfermagem podem ser aplicadas, inclusive a educação em saúde que é função primordial do enfermeiro e estratégias como prevenção de recaída, entrevista motivacional, entre outras.

Há ainda questões relacionadas às possíveis comorbidades psiquiátricas e os sintomas decorrentes são pontos de extrema importância que devem ser focados

pelo enfermeiro no decorrer do atendimento. Até porque influenciaram diretamente a vivência, pelo paciente, da maioria dos estressores identificados.

Foi possível detectar que, em sua maioria, os estressores estiveram relacionados ao aspecto intrapessoal (foram identificados dez diagnósticos de Enfermagem diante dessas situações), independente de quais variáveis implicadas. Isso favorece a compreensão de como o uso de crack influencia na subjetividade do indivíduo, interferindo até mesmo nas suas prioridades, medos e angústias. Além disso, o estudo possibilita vislumbrar a singularidade de cada indivíduo ao considerar o *ambiente criado* que está em constante troca de energia com o sistema aberto.

Outro fator importante no caso de E.L.R. foi a sua atual condição de morador de rua, que implicou em uma quantidade maior de estressores (tanto intra, inter e extrapessoais) contribuindo tanto para essa situação como também para a manutenção da mesma.

Assim, além de propor uma atuação ao usuário de crack, a pesquisa trouxe reflexões sobre a situação de rua e fato é que trabalhar com pessoas nessa situação, enquanto enfermeiro, é assumir um compromisso com a saúde dos excluídos, no sentido de reconhecer suas reais necessidades, fornecer apoio, atuar na promoção de saúde, buscar auxílio da rede de apoio, entre outros.

Vale ressaltar que o uso de crack, não só no caso de E.L.R., surge diante de vários estressores anteriormente vivenciados, ou seja, contribui para ativar suas *linhas de resistência* e ainda desencadeia variados complicadores que 'passam a existir' decorrentes do uso da droga, de forma que o consumo o torna mais susceptível e vulnerável às situações reconhecidamente estressoras como a situação de rua.

No decorrer da pesquisa, diante dos estressores *uso de crack* e *situação de rua*, muitos sentimentos e dificuldades emergiram. Fato é que a atuação do enfermeiro diante dessas situações é tarefa árdua, principalmente a partir da constatação de que existem poucos recursos na rede de apoio para resolver essa demanda, até porque os serviços destinados à população de rua na capital, em sua maioria, não funcionam nos finais de semana e, assim, há um facilitador importante para o uso do crack. Mas ao mesmo tempo é tarefa gratificante ao pensar que enquanto enfermeiro há muito que se possa fazer e contribuir.

Foi possível, então, refletir sobre a extrema importância de uma escuta ativa pelo enfermeiro, da relação terapêutica, da empatia e do processo de vínculo. Essas questões parecem simples, mas são preciosas ferramentas da implantação da SAE a esses usuários, segundo o Modelo de Neuman e à NANDA-NIC-NOC, pois devido à complexidade do uso de crack, essas condutas se tornam fundamentais.

Pode-se constatar também que, no caso de E.L.R., a *linha flexível de defesa* já perdeu grande parte da capacidade de recomposição devido aos vários estressores vivenciados por ele, o que contribui para o atual estado de dependência química e às possíveis comorbidades psiquiátricas.

Assim, o papel amortecedor da *linha flexível de defesa* já não tem mais efeito e não há outra constatação senão a invasão da *linha normal de defesa* pelos estressores, causando instabilidades em todo o sistema e reduzindo a capacidade de E.L.R. em lidar com quaisquer estressores adicionais. Logo, as *linhas de resistências* tornaram-se ativas e são gastos os recursos de energia da estrutura básica, ou 'Core'.

Compreende-se então que diante dos estressores intra, inter e extrapessoais (que podem conter simultaneamente uma variável sociocultural, psicológica, biológica, de desenvolvimento e/ou espiritual) identificados durante a coleta de dados, é fato que ocorreu rompimento das *linhas de defesa* do paciente.

Foi observado ainda que todas as abordagens propostas para os diagnósticos de Enfermagem eram caracterizadas como Prevenção Secundária, segundo o Modelo de Betty Neuman, com exceção de uma única abordagem - o *tratamento do uso de drogas* – relacionado ao diagnóstico de *risco de violência direcionada a outros*, que era Prevenção Primária. Isso acontece devido à atuação dos estressores que já romperam as *linhas de defesas*, de forma que devem então ser monitorizadas e reconstituídas com o propósito de proteger a estrutura básica.

Assim, a função primordial do enfermeiro diante dos estressores é mobilizar os recursos de sistema – tanto internos e externos – para estabilização e conservação da energia, de forma a fortalecer as *linhas de resistência* e impedir que estas também sejam invadidas.

É fato que o enfermeiro deve atuar em conjunto com os demais profissionais e com o suporte adequado da rede, considerando as políticas públicas, pois sem esses a função da Enfermagem fica comprometida. Além disso, é necessário que a família seja convidada a participar do tratamento e deve ser ouvida pelo enfermeiro a fim de auxiliar na recuperação do paciente como também expor seus problemas. Isso se deve inclusive pela baixa aderência dos usuários de crack ao tratamento e às flutuações na motivação para recuperação – principalmente no caso das pessoas em situação de rua, que tem um contato muito próximo às drogas quando saem do atendimento. O enfermeiro, então, deve buscar a adesão da família e da rede social de apoio, mesmo considerando que muitas famílias apresentam questões disfuncionais – como colocado no estudo de caso.

Nota-se que em nenhuma situação foi necessária a abordagem de Prevenção Terciária. Isso ocorreu porque as intervenções propostas para E.L.R. ainda têm o propósito de tratamento e restauração do equilíbrio do sistema, ao passo que na Prevenção Terciária seriam realizadas intervenções para ‘manutenção do bem-estar’ e prevenção de novos episódios de desequilíbrio pela atuação dos estressores identificados. Logo, a Prevenção Terciária deverá ser um passo posterior às abordagens de Prevenção Secundária.

Outro ponto constatado é que a atuação do enfermeiro deve visar a uma recuperação ampla, e não somente a cessação do uso de crack, pois sem contemplar questões como reinserção social, família, o próprio desenvolvimento, entre outras, o paciente tende a se manter no estilo de vida anterior, quando em uso da droga. E o fato é que há muitos outros fatores na história de vida do indivíduo que favorece e mantém o uso.

Constatou-se também, pelo Modelo de Neuman, que o enfermeiro deve identificar os fatores de reconstituição do indivíduo, que no caso de E.L.R. foi considerado no diagnóstico de *enfrentamento ineficaz*. Esses fatores são potenciais estratégias de enfrentamento para a recuperação do uso de crack e para o fortalecimento das *linhas de defesa*. Assim, é fator primordial na atuação do enfermeiro ao usuário.

É importante também lembrar que o tratamento do usuário de crack é longo e podem ocorrer mudanças nesse processo, sejam em relação à motivação do

usuário, ao relacionamento terapêutico, às expectativas, às angústias, entre outros. Assim, é necessário que em todo atendimento o enfermeiro reavalie as intervenções propostas, que não podem ser inflexíveis e, como apontado na discussão, devem ser revistas com o usuário – que deve participar do processo de implantação da SAE.

Assim, a proposta e a abordagem de Neuman devem ser sempre consideradas durante toda a implantação, de forma que o enfermeiro reveja a influencia dos estressores sobre as *linhas de defesa* do indivíduo sempre que necessário. Até porque, como destacado na pesquisa, a intervenção realizada pelo enfermeiro diante de um estressor pode afetar todos os demais, pois o sistema é aberto e está em constante movimentação, sendo influenciado simultaneamente por todas as variáveis colocadas por Neuman.

Apesar dessas constatações, outras inquietações surgiram no decorrer da pesquisa, como: o enfermeiro está preparado para atuar frente aos usuários de crack e a aderir à proposta desta pesquisa?

O fato é que é fundamental investir na formação dos enfermeiros, orientada para a ‘desconstrução’ das várias formas de opressão e exclusão relacionada aos usuários de crack (e às pessoas em situação de rua), além de pautar-se na complexidade da questão e em sua gênese multifatorial. Nesse contexto, é necessário buscar mais intensamente a crítica e a reflexão da prática e do ensino de Enfermagem na área de Saúde Mental.

Torna-se também necessária uma maior integração entre os pesquisadores ou núcleos de pesquisa com os profissionais da rede, para que dêem suporte na implementação da SAE aos usuários de crack, articulando as atuais pesquisas da área e teorias de Enfermagem com o saber prático daqueles que vivenciam cotidianamente nos serviços o processo de trabalho.

Como discutido no segundo capítulo, há diversos pontos dificultadores para a implantação da SAE, tanto relacionados aos serviços quanto à própria formação profissional dos enfermeiros. No entanto, esta pesquisa aponta a necessidade da atuação pelo enfermeiro pautada na SAE, por meio da NANDA-NIC-NOC a partir do Modelo de Neuman, pois por meio dessa proposta se pôde constatar que o

enfermeiro possui valiosa ferramenta para sua atuação, sendo possível vislumbrar novos 'horizontes'. A identificação das variáveis a partir da história de vida de E.L.R., a caracterização dos estressores e todas as demais características do modelo tornam a Enfermagem uma profissão mais reflexiva em suas condutas e com certeza mais eficiente no atendimento ao usuário de crack.

É ainda interessante destacar que em cada momento da pesquisa foi possível um 'novo olhar' para o fenômeno pela pesquisadora, o que tornou a realização do trabalho uma experiência maravilhosa, possibilitando um crescimento pessoal e profissional.

Constatou-se, na revelação de cada situação estressora, uma realidade sentida pelo paciente e compartilhada durante a coleta, nos sentimentos de tristeza, de angústia, de entusiasmo, de impotência, entre outros. No entanto, viver esses sentimentos no exercício de pensar foi também viver possibilidades e crenças no processo de mudança, que não será possível sem o 'mergulho' reflexivo do enfermeiro diante dessas questões. A existência de estressores deve constituir preocupação e desafio profissional uma vez que se trata de temática de grande complexidade.

Assim, a partir de um processo de busca da gênese da existência do cuidar em Enfermagem, se deve resgatar e assim visualizar a profissão com um caráter humanitário, de forma que o cuidado ultrapasse os limites do biológico.

E pensar em cuidado requer justamente o foco na Gestão desse Cuidado – parte integrante da Gestão da Saúde -, como propõe a pesquisa. É importante ressaltar então que esse foco é necessário na consecução das Políticas Públicas, tanto micro como macrossociais.

Fato é que a pesquisa não se destina a responder todas as inquietações em relação à temática, mas possibilita, por meio de uma proposta, o preenchimento de uma lacuna na assistência de Enfermagem diante do usuário de crack. E foi possível ainda vislumbrar a aplicação desta proposta no cenário da assistência, para a prática do enfermeiro. Etapa esta que deverá ser continuada em pesquisas posteriores. Assim, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para um 'novo olhar' do enfermeiro em relação ao usuário de crack.

REFERÊNCIAS

*Há muitas pessoas de visão perfeita que nada vêem...
O ato de ver não é coisa natural.
Precisa ser aprendido!
(Rubem Alves)*

ABERASTURY, A. A paternidade. In: ABERASTURY, A.; SALAS, E. J. **A paternidade**: Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas – versão resumida**. Brasília: UNESCO, 2005.

ALBUQUERQUE, M. C. S.; CAVALCANTI, M. S. L. Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 35-52, jan.-mar.1998.

ALMEIDA, S. C.; ARAUJO, R. B. Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. **Boletim da Saúde**, v. 19, n. 2, 2005.

ALMEIDA, A. A.; STROPPIA, A. Espiritualidade e Saúde Mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen review**. 2009. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/Espiritual2.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. de 2011.

AMORIM, T. R.; LAZARINI, W. S.; SIQUEIRA, M. M. Atenção à Dependência Química na Universidade Federal do Espírito Santo: possibilidades da extensão universitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.11, p.717-721, 2007.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de Enfermagem Psiquiátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.5, 2005.

ARATANGY, L. R. **Doces venenos**: conversas e desconversas sobre drogas. São Paulo: Editora Olho D'Água, 2009.

ARAUJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

ARRUDA FILHO, J.; SANTOS, A. E.; OLIVEIRA, F. S. Enfermagem na dependência química além das técnicas de contenção física e mecânica adequada. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BARBOSA, M. H. F.; QUINELLATO, R. F.; SIQUEIRA, M. M. ou MACIEIRA, M. S. Consulta de Enfermagem a Pacientes Alcoolistas no PAA-HUCAM-UFES. **Cadernos de pesquisa da UFES**, Espírito Santo, v. 7, p. 48-54, 1998.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. A Enfermagem em Saúde Mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994.

BARROS J. F. V et al. Metodologia da assistência de enfermagem desenvolvida com pacientes do programa de atendimento ao alcoolista. **J Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 7, p. 247-254, 2000.

BARROS, M. R. M.; RODRIGUES, M. R. Terapia ocupacional aplicada à dependência química. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BECK, A. T. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BECK, A. T. et al. **Anxiety disorders and phobias**. New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1985.

BECK, A. T. et al. **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford Press; 1993.

BENOWITZ, N. L. How toxic is cocaine? In: Ciba Foundation. **Cocaine**: scientific and social dimensions. Chichester: John Wiley & Sons; 1992.

BENSON, H. The relaxation response. In: GOLEMAN, D. **Mind/body medicine: how to use your mind for better health.** Boston: Consumers Reports Books; 1993, p. 233-57.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BERTHO, A.; OLIVEIRA, S. C. **A influência da comunicação terapêutica entre enfermeiro e paciente psiquiátrico.** Curitiba: Uniandrade; 2008.

BLAZER, D. **Depressão em Idosos.** 3 ed. São Paulo: Andrei; 2003.

BREVIDELLI, M. M; DE DOMENICO, E. B. L. **Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde.** São Paulo, 2006.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química.** 2 ed. Editora Roca, 2010.

BOURGUIGNON, L.; GUIMARÃES, E. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos Caps AD do estado do Espírito Santo. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, set. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18889/12198>>. Acesso em: 22 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. Anais...Brasília: MS, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/1996.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. n. 4, supl 2, p. 5-25, 1996.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União**. Brasília: 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. **Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**, 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 14 out. 2004c.

BRASIL. Decreto nº 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 20 mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados em Saúde Mental**: número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes. Brasil, jun. de 2010b. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 dez. 2010.

BRINGUENTE, M. E. O. **Estressores vivenciados por paciente de terapia intensiva e suas estratégias de enfrentamento**: um estudo direcionado à assistência de enfermagem. 2000. 128f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

BULECHECK, G. M.; McCLOSKEY, J. C. **Nursing Interventions: essential nursing treatments**. 2 ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMPELLI, M.C. (org.). **Processo de Enfermagem na Prática**. 2 ed. SP: Ática, 1993.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 271-276, 2000.

CANONICO, R. P. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 41, n.spe, p. 799-803, 2007.

CARDOSO, A. J. S. **A utilização da Música como coadjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria**. 2010. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Fernando Pessoa, Portugal, 2010.

CARLINI, E. A. et al. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 227-236, 1996.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A R. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2007.

CARNEIRO, B. H. S. **A vertigem dos venenos elegantes**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993.

CARPENITO, L. J. **Nursing diagnosis**: application to clinical practice. 7 ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. 1200p.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, set./ out. 2003.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **Perspec**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Cocaína**. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 10 maio de 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA DA JUVENTUDE. Prefeitura de Vitória. Fundação Monte Belo. **Informações sobre o Centro de Referência da Juventude de Vitória**. Disponível em: <<http://www.crjvitoria.com.br/>>. Acesso em: 22 de junho de 2011.

CIANCIRULLO, D. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.

CLATTS, M. C. et al. An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the “emergence” of crack injection. **Int J Drug Pol**, v. 13, n. 4, p. 285-296, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272/2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2002. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 18 de abril de 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Conselho Nacional do Ministério Público. Instituto crack nem pensar. **Cartilha sobre o crack**. 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/campanhas/Crack/cartilhacrack.pdf>>. Acesso em: 31 de julho de 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SÃO PAULO. **Decisão COREn-SP-DIR/008/1999**. Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/decisoes.html>>. Acesso em: 22 de abril de 2011.

CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Comorbidades Psiquiátricas. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CORNEU, G. **Pai ausente, filho carente**. (L. Jahn, Trad.). São Paulo: Brasiliense. 1991.

CROSS, J. Betty Neuman. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DALGALORRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescente. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v.26, n.2, nov. 2004.

DATTILIO, F. M.; PADESK, C. A. **A terapia cognitiva com casais**. Trad. D. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 143p.

DIAS, A. C. et al. Follow-up do estudo de usuários de crack: situação dos pacientes após 2, 5 e 12 anos. **J Subst Abus**, v. 29, n. 3, p. 71-79, 2008.

DÍAZ NEGRETE, B.; GARCÍA-AURRECOECHEA, R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 4, p. 223-232, 2008.

DIEHL, A. et al. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 1 ed., parte X, cap. 70. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DINIZ-OLIVEIRA, K.; AZEVEDO, R. C. S. Uso de drogas e criminalidade: estudo de correlações. In: **IX São Paulo Research Conferences**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2008.

DOCHTERMAN, C.; JONES, D. A. **Unifying nursing languages**: the harmonization of NANDA, NIC and NOC. Washington (DC): American Nurses Association; 2003. 133p.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

DOMANICO, A. "**Craqueiros e cracados**: bem vindo ao mundo dos nórias!": estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220f. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, 2006.

DOUGLAS, D. J.; MURPHY, E. K. Nursing process, nursing diagnosis, and emerging taxonomies. In: McCLOSKEY, J. C.; GRACE, H. K. **Current Issues in Nursing**. 3 ed., St. Louis: Mosby, 1992.

DRIUSSO, J. F.; GARCIA, M. L. T. **Levantamento das instituições na área de dependência química no Estado do Espírito Santo**. Relatório parcial/CNPq-PIBIC. Vitória: UFES, 2002.

DUALIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. 545-557, 2008.

DUARTE, P. C. A. V.; PECHANSKY, F. **Projeto Ações Integradas, componente 3**: avaliação, estudo de polimorfismos genéticos, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis capitais brasileiras. Projeto de pesquisa. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Centro de pesquisa em álcool e drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: 10 de out. 2010.

DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Subst Use Misuse**, New York, v.31, n. 4, p. 519-527, 1996.

DUNN, J.; FERRI, C. P.; LARANJEIRA, R. Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? **Drug Alcohol Depend**, v. 3, n. 1, p.79-85, 2001.

EDWARDS, M. E.; STEINGLASS, P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. **J Marital Fam Ther**, v. 21, n. 4, 1995.

EDWARDS, G.; DARE, C. **Psicoterapia e tratamento das adições**. Porto Alegre: Artes Médicas,1997.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FALCK, R. et al. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. **J Nerv Ment Dis**, v. 192, n. 7, p. 503-507, 2004.

FALCK, R. F.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Crack cocaine trajectories among users in a Midwestern American city. **Addiction**, Reino Unido, v. 102, p. 1421-1431, 2007.

FERNANDES, J. D. A enfermagem no contexto da saúde mental. **Rev Baiana Enf**, Bahia, v. 1, nº especial, p.7-23, 1981.

FERNANDES, J. D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. 1982. 111f. Dissertação (Mestrado). Salvador: Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1982.

FERNANDES, J. D. A formação do enfermeiro psiquiátrico no contexto social e político brasileiro. **Rev Baiana Enf**, Bahia, v. 3, n.1/2, p. 30-52, 1987.

FERRI, C. P. **Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento**. 1999. 165f. Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.

FERREIRA FILHO, O. et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759, 2003.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FIGUEIREDO, R. M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006. Disponível em <<http://www.ee.usp.br>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz – EPSJV, 2008. p. 49-87.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, 1980.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 55, n.4, p.280-87, 2006.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 371-375, 2003.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre Uso de Drogas Psicotrópicas – parte A**: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999). São Paulo: FAPESP/CEBRID; 2000.

GALDURÓZ, J. C. et al. **IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2004.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras- 2004.** São Paulo: SENAD/CEBRID; 2004.

GARCIA, T. R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras.** Ribeirão Preto, 1996. 256f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Org.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem:** questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea; 2003.

GONÇALVES, A. M. S. **Estudos dos níveis motivacionais em relação ao uso de substância psicoativas e a espiritualidade.** 2008. 115f. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - São Paulo, 2008.

GONTIJO, D. T. **Adolescentes com experiência de vida nas ruas: compreendendo os significados da Maternidade e Paternidade em um contexto de vulnerabilidade/desfiliação.** 2007. 155f. Tese (Doutorado). Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, 2007.

GORDON, M. **Nursing diagnosis:** process and application. 3 ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GRANETTO, W. E. **Práticas educativas parentais em dependentes químicos.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUIMARAES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev Psiquiatr RS**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 2, 2008.

GUO, J. et al. A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 41, n. 7, p. 838-845, 2002.

GUSSI, M. A. **Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil** [Dissertação de Mestrado - Escola de Ribeirão Preto da USP]. Ribeirão Preto, 1987.

HAIM, D. Y. et al. The pulmonary complications of crack cocaine. A comprehensive review. **Chest.**, v. 107, p. 233-240, 1995.

HALL, J. E.; WEAVER, B. R. **Enfermeira em salud comunitária: um enfoque de sistemas**. Washington: EUA, 1990.

HAUCK, S. et al. Adaptação transcultural para o português brasileiro do *Parental Bonding Instrument* (PBI). **Rev Psiquiatr RS**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 2, p. 162-168, 2006.

HATSUKAMI, D. K.; FISCHMAN, M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? **JAMA**, v. 276, n. 19, p. 1580-1588, 1996.

HENDERSON, V. On nursing care plans and their history. **Nursing Outlook**, New York, v.21, n.6, p.378-379, 1973.

HERNÁNDEZ, G. M. et al. Perspectiva crítica da família e pessoas próximas sobre fatores de risco familiares e comunitários em relação ao uso de drogas ilícitas em São José, Costa Rica. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, p. 770-775, 2009.

HORTA, V. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU 1979.

INCIARDI, J. A. Crack cocaine in the Americas. In: MONTEIRO, M. G.; INCIARDI, J. A. **Brazil-United States, Binational Research**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1993. p. 63-75.

INCIARDI, J. A. et al. **Women and crack-cocaine**. New York: Macmillan Publishing Company; 1993.

INCIARDI, J. Cocaine, Crack and Other Masquerados for Mama Coca. In: INCIARDI, J. **The War on Drugs III – the continuing saga of the mysteries and miseries of intoxication, addiction, crime, and public policy**. Boston: Allyn and Bacon; 2002. p. 129-66.

INCIARDI, J. A. et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. **J Psychoactive Drugs**, Estados Unidos, v. 38, n. 3, p. 305-310, 2006.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NIC e NOC**. 2 ed. Artmed: 2009.

JONNES, J. High on cocaine. In: JONNES, J. **Hep-cats, narcs and pipe dreams – a history of America’s romance with illegal drugs**. New York: Scribner; 1996.

KARCH, S. B. Celebrity drug endorsements. In: KARCH, S. B. **A brief history of cocaine**. Boca Raton: CRC Press; 1998.

KELLY, M. A. **Nursing diagnosis source book: guidelines for clinical application**. Norwalk CT: 1985.

KESSLER, F. H. P.; DIEMEN, L. V.; PECHANSKY, F. Drogas: Uso, abuso e dependência. In: Duncan B.B; Schmidt, M.I;Giuliani E.R.J.. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, p. 917-931.

KESSLER, F. H. P. et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. **Public Health**, São Paulo, v. 122, n. 12, p. 1349-135, 2008.

KESSLER, F. H. P.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, Rio Grande do Sul, v. 30, n, 2, p. 1-3, 2008.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clinica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas – SP. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p. 77-82, 2001.

KOENING, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health outcomes in medically ill hospitalized older adults. **J Nerv Ment Dis**. 1998.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LESCHER, D. A. Um caminho com volta. Entrevista concedida a Ricardo Correa. **Revista Época**, n. 658, p.12-13, dez. 2010.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEVANDOWSKI, D. C. et al. Paternidade na adolescência e os fatores de risco e de proteção para a violência na interação pai-criança. **Interações**, Mato Grosso do Sul, v. 2, n. 3, 2002.

LITT, J.; MCNEIL, M. Biological markers and social differentiation: crack babies and the construction of the dangerous mother. **Health Care Women Int**, v. 18, n. 1, p. 31-41, 1997.

LOPES, M. H. B. M. Experiência de implantação do Processo de Enfermagem utilizando os diagnósticos de Enfermagem (taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 115-118, 2000.

LUIS, M. A. V. A enfermagem psiquiátrica e de saúde mental: os desafios em direção a uma prática solidária. In: LUIS, M. A. V. (Org.). **Os novos velhos desafios da saúde mental**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto - FIERP, v. 1, p. 151-170, 2008.

LYONS, P.; RITTNER, B. The construction of the crack babies phenomenon as a social problem. **Am J Orthopsychiatry**, v. 68, n. 2, p. 313-320, 1998.

MACHADO, M. H. **Assistência de enfermagem centrada na pessoa**: uma aplicação em ambulatório de hospital geral. 1980. 140f. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1980.

MARCOLAN, J. F. **Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações**. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1996.

MARIANO, R. A. **Alcoolismo e pastoral**: uma análise das principais teorias sobre o alcoolismo. Petrópolis: 1999.

MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção da Recaída**: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

MARTINOTTI, G. et al. Mono – and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviours, and comorbid Axis I diagnoses. **Addictive behaviors**, v. 34, p. 790-793, 2009.

MATEUS, L. A. S. **A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico**. 1998. 149f. Dissertação. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1998.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan-fev, 2001.

MEDINA ARIAS, N.; FERRIANI, M. G. C. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 504-512, 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1999.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Rev Bras Enf**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 271- 276, 2003.

MENEZES, M. S. C.; CERCHIARO, R. M. Experiência dos grupos de apoio de Amor-Exigente. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MELLO, I. M. **Bases Psicoterápicas da Enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em Centros de Atenção Diária de saúde mental. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 19-34, 1998.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial 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: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MIELNIK, I. **Mãe, pai e filhos**: encontros e desencontros. São Paulo: Hucitec; 1999.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing**: preparing people to change. New York: Guilford Press; 1991.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MIRANDA, C. M. L.; ROCHA, R. M.; SOBRAL, V. R. S. O ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem psiquiátrica. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 189-192, 1999.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MOREIRA, M. E. A. **Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco: sistematização da assistência de enfermagem.** 2001.158f. Dissertação. Universidade Federal do Paraíba, João Pessoa, 2001.

MOURA, A. C. L.; VARGENS, O. M. C. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde: um estudo sob a ótica das enfermeiras. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.85-89, 2002.

NAKATANI, A. Y. K. **Processo de enfermagem:** uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização. 2000. 230f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2000.

NANDA INTERNATIONAL. **Nursing diagnoses:** definitions and classification 2005-2006. Philadelphia: 2005.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO A. R. Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? **Rev ABP-APAL**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 75-83, 1994.

NAPPO, S. A.; GALDUROZ, J. C.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**, v. 31, n. 5, p. 565-579, 1996.

NAPPO, S. A. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. **J Psychoactive Drug**, Estados Unidos, v. 33, n. 3, p.241-53, 2001.

NAPPO, S. A.; SCHANCHEZ, Z. M. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev de Psicologia**, Campinas, supl. 1, 2007.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Subst Use Misuse**, v. 45, 2010.

NARDI, A. E. **Transtorno de ansiedade social:** fobia social – a timidez patológica. Editora Médica e Científica: Rio de Janeiro, 2000.

NERY FILHO, A.; MESSEDER, M. L. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer?.In: **Toxicomania:** incidência clínicas e socioantropológicas. EDUFBA, 2009.

NEUMAN, B. **The Betty Neuman health-care systems model**: a total person approach to patient problems. In: RIEHL, C. S.; ROY, J. P. Conceptual model for nursing practice. Norwalk: Appleton & Lange, 1989. p. 119-131.

NEUMAN, B. **The Neuman Systems Model**. 3 ed. Library of Congress. USA. 732pp. 1995.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento Nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003**. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.

NURCO, D. N. et al. Differential contributions of family and peer factors to the etiology of narcotic addiction. **Drug Alcohol Depend**, v.51, p. 229-237, 1999.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 24-29, 2000.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**. Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2001.

OLIVEIRA, R. W. D.; NAKAMURA-PALACIOS, E. M. Região Sudeste: dados globais: Vitória – capital do Espírito Santo. In: NOTO, A. R. et al. **Levantamento Nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003**. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.

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, p. 333-340, 2003.

OLIVEIRA, D. L. A "nova" saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Lat Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 2005.

OLIVEIRA, J. C.; KLEINÜBING, M. S.; SELL, M. M. **A Enfermagem frente aos estressores vivenciados por crianças/adolescentes e acompanhantes em situação de urgência/emergência sob a ótica de Betty Neuman**. 2007. 147f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

OLIVEIRA, L. G. et al. Neuropsychological Assessment of Current and Past Crack Cocaine Users. **Subst Use Misuse**, v. 44, p. 1941-1957, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1992.

PACHECO, J. E. P. **A pessoa humana e a doença**. Educação Porto Alegre, Rio de Janeiro, n. 1, jan./abr. 2005.

PALMA, M.; BARROS, J. F. V.; SIQUEIRA, M. M. ou MACIEIRA, M. S. Visita domiciliar: um instrumento na assistência de enfermagem ao paciente alcoolista. **J Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v.8, p. 287-292, 2000.

PAIM, L. Questões e mitos acerca de modelos de assistência de enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, 1979. **Anais**. Brasília: ABEn, 1979. p.62-69.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. Escala de coping religiosos espiritual: elaboração e validação de construto. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 10, n. 3, p. 507 – 416, 2005.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev Psiq Clínic**, São Paulo, v. 34, supl 1, 2007.

PARGAMENT, K. I. et al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **J Sci Study Relig**, v. 27, n. 1, 1988.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping**: theory, research, practice. Guilford Press, New York, 548p., 1997.

PARKER, M. E. **Nursing Theories and Nursing Practice**. Philadelphia: F.A. Davis Company, p. 338-341. 2001.

PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L. B. **Parental Bonding Instrument.**

Disponível em: <

<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/ParentalBondingInstrument.pdf>>. Acesso

em: 20 de jun. de 2011.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Abordagem familiar em Dependência Química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo: Roca, 2004.

PAYÁ, R. Terapia familiar. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

PEARSON, G. Substance abuse and the family. **Current Opinion Psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 305-308, 2000.

PECHANSKY, F. et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. **Drug Alcohol Depend**, v. 82, suppl 1, 2006.

PEPLAU, H. E. **Relaciones interpersonales em enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica.** Barcelona: Masson- Salvat; 1990.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PILLON, S. C.; LUIS, A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004.

PILLON, S. C. ; JORA, N. P. ; SANTOS, Manoel A dos . Cap 42. O papel da equipe multidisciplinar na dependência química.. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. et al.. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas.** 1º ed. Porto Alegre RS: ARTMED, 2011, v. 1, p. 453-460.

POLIT, D. F.; HONGLER, B. P. **Nursing research: principles and methods.** 3 ed. Philadelphia: Lippincott, 1987. 571p.

PORTUGAL, F. B. et al. Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas: Uma Experiência de Interdisciplinariedade. **Revista Enfermería Herediana**, Peru, v. 2, n. 1, p. 52-56, 2009.

POSSA, T.; DURMAN, S. Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 3, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://scielo.bvs-psi.org.br/pdf/smad/v3n2/v3n2a06.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processos e prática. 4 ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. Cap.12, p.166-189.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria de Assistência Social. População de rua. **Hospedagem noturna para adultos em situação de rua**, 2011. Disponível: <<http://www.vitoria.es.gov.br>>. Acesso em: 20 maio de 2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Secretaria de Assistência Social. **População de rua**. 2011. Disponível: <<http://www.vitoria.es.gov.br>>. Acesso em: 20 de maio de 2011.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psycho-therapy: Theory, Research and Practice**, v. 20, p. 161-173, 1982.

REIS, R. dos.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.5, nov.-dez. 2008.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR, B. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1987.

RIBEIRO, M. A. M. L. **Reabilitação do jovem paciente esquizofrênico**: atitudes e contributos dos cuidadores. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas, 1996.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 10, p. 497-511, 1998.

RIBEIRO, G. **Estudo de caso**: a pessoa em situação de esquizofrenia. Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Área de Enfermagem da Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: 2003. Disponível em: <<http://www.oocities.org>>. Acesso em: 17 de abril de 2011.

RIBEIRO, M. et al. Causes of death among crack cocaine users. **Rev Bras Psiquitr**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.

RIBEIRO, G. **Estudo de caso**: esquizofrenia paranóide. 2009. Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Disponível em: <<http://arquivosenfermagem.wordpress.com/category/disciplina/enfermagem-saude-mental>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo de droga. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005a.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 14, n. 3, p. 350-357, 2005.

RODRIGUES, V. S.; CAMINHA, R. M.; HORTA, R. L. Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Ribeirão Preto, v. 2, n.1, p. 67-72, 2006.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Orthopsychiatric Association**, v. 57, n. 3, 1987.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico.** [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP, 1994.

SALES, C.; FIGLIE, N. B. Entrevista motivacional. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANDRI, J. V. A. **Prática Assistencial de Enfermagem à pessoa idosa e seu familiar com vistas ao resgate da sua cidadania, utilizando a teoria de Betty Neuman.** 1997. 173p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

SANTANA, M. A. S. **Diagnósticos de enfermagem em clientes vivenciando estressores pré-cirúrgicos.** 1997. 158f. Dissertação. Universidade Federal da Bahia, 1997.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções.** v. 1. São Paulo: Atheneu; 2002.

SANTOS, A. S. S. et al. Vivência e análise de ajuda terapêutica com cliente alcoolista. **Rev Eletrônica Cogitare Enfermagem**, Paraná, set./out. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7305>> Acesso em: 23 abr. 2007.

SCHANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev Psiquiatr Clínica**, São Paulo, supl. 1, 2007.

SCHIFANO, F. et al. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). **J Psychopharmacol**, v. 22, n. 1, p. 71-79, 2008.

SCHLITHLER, C. R. B. **Redes de desenvolvimento comunitário: iniciativas para a transformação social.** São Paulo: Global/Instituto para o Desenvolvimento de Investimento Social, 2004.

SIEGEL, R. K. Cocaine smoking. **J Psychoactive Drugs**, v. 14, n. 4, p. 271-359, 1982.

SIEGAL, H. A. et al. Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. **Drug Alcohol Depend**, v. 68, n. 2, p. 159-166, 2002.

SKINNER, B. F. **Reflections on behaviorism and society**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1978.

SILVA FILHO, J. F. O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil. **J Bras Psiquiat**, Rio de Janeiro, v. 39, p.135-46, 1990.

SILVA, M. J. P. **A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes**. São Paulo, 1989. 113f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, M. J. P. **Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros**. São Paulo, 1993. 108p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, M. J. R. **O ser humano e a adesão ao regime terapêutico: um olhar sistêmico sobre o fenômeno**. 2008. 167f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa.

SILVA, L. M. G. et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, pp. 52-58, 2000.

SILVA, T. C.; KIRSCHBAUM-NITKIN, D. I. R. A construção do saber em Enfermagem Psiquiátrica: uma abordagem histórico-crítica. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, 6 (Especial), p. 409-438, nov. 2010.

SIQUEIRA, M. M. **O que é alcoolismo**. In: Encontro Capixaba de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, 1, Mimoso do Sul, 1985.

SIQUEIRA, M. M. ou MACIEIRA, M. S.; CASAGRANDE, L. D. R. Noções gerais sobre abordagem sistêmica à ação educativa do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 38, n. 1, p. 63-69, 1985.

SIQUEIRA, M. M. ou MACIEIRA, M. S.; GOMES, M. P. Z.; GARCIA, M. L. T. Visão Atual do Alcoolismo no ES. In: **Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Farmacodependências**, IX, Salvador – BA, 1991. Anais... Salvador – BA, 1991.

SIQUEIRA, M. M. ou MACIEIRA M. S.; GOMES, M. P. Z.; GARCIA, M. L. T. Tratamento do alcoolismo: atuação de uma equipe interdisciplinar. **Inf Psiq**, v. 11, p. 130-131, 1992.

SIQUEIRA, M. M. ou MACIEIRA M. S.; GOMES, M. P. Z.; GARCIA, M. L. T. Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM da UFES (PAA-HUCAM-UFES), **J Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 97-109, 1993.

SIQUEIRA, M. M.; SOUZA, R. S. O processo de enfermagem na dependência do álcool. **J Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, 2005.

SIQUEIRA, M. M. et al. Psychoactive Substances and the Provision of Specialized Care: The Case of Espírito Santo. **Rev Bras de Psiquiatr**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 315-323, 2007.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas e o papel do Estado. **Rev Enfermagem Atual**, n. 45, 2008.

SIQUEIRA, M. M. et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Experiência com Alcoolistas**. Porto Alegre: Artmed, 2011 (submetido).

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados**: Um estudo sobre o povo da rua. Vozes: Petrópolis, 1998.

SOARES, M. S. **Um grito de dor ou uma canção de amor?** Espiritualidade na realidade de clientes com HIV/AIDS. 2003. 120f. Dissertação. Universidade Federal do Paraíba, João Pessoa, 2003.

SOUZA, R. S. O processo de enfermagem como metodologia assistencial no PAA-HUCAM-UFES. 2004. 18p. **Relatório Final** (PIBIC/CNPq-UFES) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2004.

SOUZA, C. A. C. **Evidências do cuidado de enfermagem prevenindo úlcera de pressão**: apropriação da Teoria de Neuman e da Escala de Braden. 2004. 142p. Dissertação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004b.

SOUZA, R. S; SIQUEIRA, M. M. O processo de enfermagem na assistência a pacientes com dependência de álcool. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.54, n.3, p. 228-233, 2005.

SOUZA, A. G. L. “Sou feio, pobre, sujo e alcoólico”: emoções e sociabilidade dos moradores das ruas de João Pessoa – PB. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 8, n. 23, p. 373-416, 2009.

SOUZA, I. M.; MARTINEZ, H. C. S.; DIEHL, A. Terapias Complementares na Dependência Química. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2 ed. São Paulo: Robe; 1993.

STEINBERG, L. Adolescent transitions and alcohol and other drug use prevention. In: U. S. Department of Health and Human Services. Office of Substance Abuse Prevention. **Preventing adolescent drug use: from theory to practice**. Washington (DC); 1991.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica princípios e prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Texto e contexto enferm**, Santa Catarina, v. 8, n. 1, p. 312-325, jan.-abr. 1999.

TOBAR, F; YÁLOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 172 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990. 175p.

TULLER, N. et al. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 09, n. 2, p. 153-161, 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUG AND CRIME. **World report 2009**. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/f>>. Acesso: 15 nov. 2010.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION. **Global illicit drug trends 2001** [online]. Vienna: UNODCCP, 2001. Disponível em: <http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf>. Acesso: 15 nov. 2010.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION. **Políticas públicas em contexto de violência relacionados ao consumo de álcool e outras drogas**: manual de utilização das referências. UNODC, 2006.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-67, 2004.

VANNUCCHI, A. M. C.; CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Minorias. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VARGAS, C. M. et al. Assistência de enfermagem psiquiátrica nas instituições de saúde da Grande Vitória. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, n. 48, ano 1, p.15-19, 1999.

VASCONCELLOS, E. M. Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema único de saúde no Brasil recente. **J Bras Psiquiatr**, v. 41, n. 6, p. 283-6, 1992.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2000.

VELASCO, P. M. **Depressão e Transtornos Mentais**. 2 ed. 248p. 2009.

VERDEJO-GARCIA, A. et al. Neuroimaging and drug addiction: neuroanatomical correlates of cocaine, opiates, cannabis and ecstasy abuse. **Rev Neurol**, v. 44, n. 7, p. 432-439, 2007.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Projeto do Centro de Tratamento de Toxicomanias de Vitória.** Vitória. 1989.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Divisão de Saúde Mental. **Política de Saúde Mental do município de Vitória.** Vitória. 1999.

ZACHARIAS, D. G. A dinâmica familiar do adolescente usuário de drogas: um mundo a construir. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, 22/23, p. 245-257, 2005.

ZANELATTO, N. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZANELATTO, N.; SAKIYAMA, H. M. T. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

ZANOTE, E. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev Lat-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, 1999.

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. O relaxamento respiratório no manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de *crack*. **Rev Psiquiatr RS**, Rio Grande do Sul, v. 31, n.2, 2009.

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. Relação entre o *craving* por tabaco e o *craving* por *crack* em pacientes internados para desintoxicação. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 1, 2011.

ZERO HORA. Pesquisa mostra novos riscos do uso de crack. **Jornal Zero Hora**, Rio Grande do Sul, 16 de maio de 2006.

WAGNER, H. L. **Alcoolismo em cuidados primários: diagnóstico, desintoxicação e prevenção de recaída.** Paraná: 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/alcoolismo.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

WALDOW, V. R. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Rev Enf UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.284- 93, 2001.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Relação familiar: fator de risco e/ou proteção ao uso de drogas ilícitas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2011. (Submetido).

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 105-112, jan./mar. 2011a.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Uso de crack: é possível o (re) encantamento? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2011b. (Submetido).

WENDHHAUSEN, A. Assistência de enfermagem: da sujeição dos copos à autonomia do sujeito. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 2, n. 1, 1997.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev Adm Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)
CENTRO DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (CPAD)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Termo de consentimento livre e esclarecido para gerenciamento de caso e seguimento

Você está sendo convidado para participar de um estudo e você pode aceitar ou não. Caso você não aceite, você não sofrerá qualquer prejuízo e isso não irá afetar o seu tratamento ou mesmo o vínculo com o programa clínico no qual você participa.

Esse estudo está sendo desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), juntamente com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Os objetivos desse estudo são:

- 1) Avaliar a técnica de gerenciamento de casos em usuários de crack em comparação ao tratamento usual dos centros envolvidos no estudo;
- 2) Identificar características sócio-demográficas (sexo, idade, entre outros), fissura, estado de saúde (física e mental), situação legal, motivação para tratamento, características familiares e comportamentos entre usuários de crack;

Em resumo, esse estudo se trata de um ensaio clínico que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir o uso de drogas.

Se você decidir participar desse estudo, será entrevistado para avaliar sua saúde mental, uso de crack ou outras drogas e sua situação social, legal e familiar, bem como motivação para o tratamento. Essa entrevista deverá durar aproximadamente 3 horas. Além da entrevista inicial de avaliação, você será avaliado novamente 30 e 90 dias depois. Para alguns pacientes sorteados será oferecido um tratamento que consiste na técnica de gerenciamento de casos, uma abordagem terapêutica que se encontra em teste no Brasil. Através desse método, o profissional (gerente de casos) avalia o paciente, monitorando e avaliando práticas e serviços oferecidos pela comunidade a fim de contemplar necessidades específicas daquela pessoa. Aqueles que não forem sorteados para receber o gerenciamento de casos também receberão tratamento e serão atendidos de acordo com o procedimento padrão oferecido pelos locais de atendimento.

Caso você se sinta desconfortável com alguma questão, você não precisará respondê-la. Você poderá, também, interromper sua participação a qualquer momento e isso não afetará a qualidade do tratamento que você está recebendo.

Se você participar dessa parte do projeto, vamos lhe pedir que forneça informações sobre pessoas que possam nos ajudar a encontrá-lo(a) para uma segunda entrevista. Estas pessoas não saberão sobre as suas respostas, apenas auxiliarão a entrar em contato com você. Ao participar, você receberá um auxílio para transporte e alimentação para que você não tenha gastos financeiros durante a realização das entrevistas de avaliação e acompanhamento.

Toda informação coletada nesse estudo é confidencial, seus dados serão mantidos em sigilo. O seu nome não será usado quando os resultados desse estudo forem publicados, pois os dados são utilizados em conjunto, sem identificação individual. Ao participar do estudo você estará contribuindo para o desenvolvimento de tratamentos que irão ajudar outros usuários de crack no futuro.

Se você tiver mais alguma pergunta sobre esse estudo, poderá entrar em contato com os Drs. Flavio Pechansky ou Sibeles Faller pelo telefone (51) 3359-7480 no Centro de Pesquisa e Álcool e Drogas (CPAD) da UFRGS, de segunda à sexta-feira pela manhã, ou através do e-mail: cpad.fm@terra.com.br. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Ou ainda, contatos no Espírito Santo com:

Mestranda: Kallen Dettmann Wandekoken, email: kallendw@gmail.com, Fone: (27) 9936-1050.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Miguel de Siqueira, email: marluce@ccs.ufes.br, Fone: (27) 3335-7492.

Declaração do paciente:

Eu _____, li esse termo de consentimento e todas as minhas perguntas a seu respeito foram respondidas satisfatoriamente. Declaro que recebi uma cópia desse documento e concordei em participar desse estudo livre e voluntariamente. Eu entendo que posso interromper minha participação como voluntário em qualquer momento e que isso não influenciará meu tratamento e outros serviços.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data/Hora

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

Data/Hora

Nome do Investigador

Assinatura do investigador

Data/Hora

(diferente do acima)

(diferente do acima)

Obs: Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo pelo telefone 3335-7504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)
CENTRO DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (CPAD)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Prezado (a) Senhor (a),

Venho através deste, solicitar a autorização para a realização de uma pesquisa nessa instituição: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do município de Vitória-ES, mais conhecido como Centro de Prevenção e Tratamento ao Toxicômano (CPTT).

A pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico, que incorpora conceitos do projeto “Ações Integradas” - proposto pela SENAD, em parceria com a UFRG – em seis capitais: Vitória, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Salvador e Porto Alegre. E está consoante com o decreto nº. 7179 que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas

Os objetivos desse estudo são:

- 1) Avaliar a técnica de gerenciamento de casos em usuários de crack em comparação ao tratamento usual dos centros envolvidos no estudo;
- 2) Identificar características sócio-demográficas (sexo, idade, entre outros), fissura, estado de saúde (física e mental), situação legal, motivação para tratamento, características familiares e comportamentos entre usuários de crack;

Em resumo, esse estudo se trata de um ensaio clínico que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir o uso de drogas.

A amostra na regional de Vitória será de 150 pacientes que forem atendidos no CPTT, com idade > ou = a 18 anos, que fizerem uso do crack como substância preferencial e se dispuserem a participar de forma voluntária da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – CEP-HCPA-UFRGS (Prot. Nº 100176) e, foi também homologado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP-CCS-UFES).

Coloco – me a inteira disposição para esclarecimentos.

Mestranda: Kallen Dettmann Wandekoken, email: kallendw@gmail.com, Fone: (27) 9936-1050.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Miguel de Siqueira, email: marluce@ccs.ufes.br, Fone: (27) 3335-7492.

Coordenação do CAPS-ad de Vitória

Vitória _____ de _____ de _____.

ANEXO 1 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN

Nesta seção é apresentado o processo de Enfermagem proposto por Betty Neuman, que se baseia em três fases distintas:

Categoria	Descrição do Processo
<p>Diagnóstico de enfermagem Faz menção aos dados coletados observando as necessidades do cliente bem como as intervenções necessárias para a manutenção da linha normal de defesa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baseado na aquisição de dados apropriados, identifica, classifica e avalia a interação dinâmica das variáveis biopsicossocioculturais-desenvolvimentais e espirituais; 2. Variações a partir do bem-estar (necessidades e problemas) são determinadas pelas correlações e sujeições, através de síntese da teoria e dados de partida; 3. São determinadas intervenções amplas e hipotéticas para manter a linha flexível de defesa.
<p>Metas de enfermagem Abrangem a interrelação do profissional com o cliente e também as intervenções necessárias para a manutenção de sua homeostasia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. O sistema enfermeiro-cliente negocia para uma mudança prescritiva; 2. Estratégias de intervenção do enfermeiro (primária, secundária ou terciária) postuladas para reter, obter e manter a estabilidade do sistema do cliente.
<p>Avaliação de enfermagem Reporta a avaliação de enfermagem permite confirmar o grau de consecução dos objetivos e estabelecer novas metas, se necessário.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Confirmação da mudança prescritiva ou reformulação das metas de enfermagem; 3. Resultado da meta a curto prazo influencia a determinação de metas intermediárias e a longo prazo; 4. Resultado do cliente valida o processo de enfermagem.

Quadro 1 – O processo de Enfermagem de Betty Neuman

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – CEP-HCPA-UFRGS



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100176

Versão do Projeto: 04/05/2010

Versão do TCLE: 23/07/2010

Pesquisadores:

SIBELE FALLER

FELIX HENRIQUE PAIM KESSLER

LISIA VON DIEMEN

ANA CAROLINA PEUKER

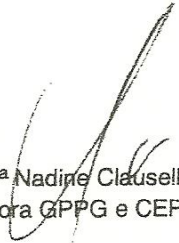
MARCIA IZABEL RODZISKI PETTENON

FLAVIO PECHANSKY

Título: Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis estados brasileiros

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 03 de agosto de 2010.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CEP-CCS-UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 09 de dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

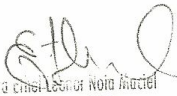
Para: Prof. (a) Vitor Buaiz
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis Estados Brasileiros”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 302/10 intitulado: **“Avaliação, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis Estados Brasileiros”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO 4– QUESTIONÁRIO DO PADRÃO DO CONSUMO DE CRACK

Com que idade você consumiu *crack* pela primeira vez? _____ anos

2. O que motivou o consumo inicial de *crack*? (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Curiosidade
- Influência de amigos
- Sensação imediata de prazer
- Facilidade de acesso
- Impressão de que as drogas podem resolver os problemas (“fuga dos problemas”)
- Desejo de estimulação (“ficar esperto”)
- Desejo de relaxar
- Aliviar sentimentos negativos (por exemplo, dores, ansiedade, depressão)
- Eu me injetava, fiquei com medo de pegar doenças (HIV, hepatite)
- Outro (as) Qual (is)? _____

3. Há quanto tempo você fuma *crack*? _____ anos

4. A frequência (mais dias) do seu uso de *crack* aumentou desde a primeira vez que você fumou pela?

- Sim
- Não

5. A quantidade de *crack* (mais pedras) aumentou desde quando você fumou pela primeira vez?

- Sim
- Não

6. Quanto tempo levou, desde a primeira vez que você consumiu *crack*, para que seu consumo se tornasse freqüente (mais dias)?

- Menos de um mês (30 dias)
- 2 – 3 meses
- 4 – 6 meses
- 7 – 12 meses
- Mais do que um ano
- Meu consumo não se tornou mais freqüente

7. Quanto tempo levou, desde a primeira vez que você consumiu *crack*, para que seu consumo se tornasse mais intenso (por mais dias e/ou mais pedras)?

- Menos de um mês (30 dias)
- 2 – 3 meses
- 4 – 6 meses
- 7 – 12 meses
- Mais do que um ano
- Meu consumo não se tornou mais intenso

8. Em média, qual a quantidade de *crack* que você consome por semana?

⇒ Indique o tamanho e/ou valor da pedra:

_____ (gramas) _____ (reais)

- 10 - 30 pedras
- 31 – 40 pedras
- 41 – 50 pedras
- Mais do que 50 pedras

Quantas pedras? _____

9. Com que frequência você consome *crack*?

- Mensalmente
- Quinzenalmente
- Quase todos os dias

Todos os dias da semana

10. Qual a média do seu gasto com *crack* em reais? Qual valor? R\$ _____

⇒ Indique a frequência do gasto financeiro:

Diário Semanal Mensal

11. Têm ocasiões em que você fuma grande quantidade de *crack* em sessões de várias horas ou dias consecutivos seguindo-se por dias de abstinência?

Sim

Não (Vá para a questão 13)

12. Nessas ocasiões, por quantas horas seguidas você chega a ficar usando *crack* ?

0-12h (até um turno)

12-24h (até um dia)

24- 48h (até dois dias)

Mais do que 48h (>dois dias)

13. Qual a quantidade máxima de *crack* que você chega a consumir em uma única ocasião?

⇒ Indique o tamanho e/ou valor da pedra: _____(gramas) _____(reais)

1 – 5 pedras

5 -10 pedras

Mais do que 10 pedras

Quantas pedras? _____

14. Em que situações seu consumo de *crack* costuma ocorrer? (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

Sozinho

Em casa

Com amigos/conhecidos (Roda)

Em festas

Com esposo(a) e/ou companheiro(a)

No trabalho

Com parceiro(a) sexual

Local escuro

Outra(s), qual(is)? _____

15. Em que período do dia seu consumo de *crack* mais costuma ocorrer?

Manhã

Início da tarde

Tarde

Início da noite

Fim de noite/madrugada

16. Desde que você começou a consumir *crack* qual o maior tempo que você conseguiu ficar abstinente (sem usar *crack*)?

⇒ Indique o tempo:

_____ (dias)

_____ (meses)

_____ (anos)

Nunca fiquei sem usar *crack*

17. Qual a forma que você utiliza *crack*?

Lata

Cachimbo alumínio

Cachimbo PVC

No cigarro comum (“pitico”)

No cigarro de maconha (“macaquinho”)

Outra(s),

qual(is)? _____

18. Assinale abaixo as complicações físicas que você apresentou por causa do consumo de *crack*:
(Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Diminuição de energia
- Palpitações
- Tremores
- Perda de peso
- Tosse
- Náusea/vômito
- Problemas de sono/insônia
- Convulsões
- Queimaduras (lábios, dedos)
- Tuberculose
- Hepatite
- Pneumonia
- Outra(s), qual(is)? _____

19. Assinale abaixo os efeitos do seu consumo de *crack* sobre seu humor e funções mentais: (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Irritação
- Ataques de pânico (medo de morrer)
- Explosões de raiva
- Impulsos de violência
- Paranóia (excesso de desconfiança, ficar espiado)
- Depressão
- Ansiedade/nervosismo
- Falhas de memória (esquecimentos)
- Diminuição do interesse sexual
- Outro(s), qual(is)? _____

20. Assinale abaixo os efeitos do seu consumo de *crack* sobre seu relacionamento com as outras pessoas: (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Discussões com parceiro(a) e/ou e familiar(es)
- Parceiro(a) e/ou e familiar(es) ameaçou deixá-lo(a) ou lhe expulsar de casa
- Separação do parceiro(a)
- Isolou-se do convívio com outras pessoas
- Tornou-se mais desconfiado com as outras pessoas
- Tornou-se mais agressivo com as outras pessoas
- Perdeu o interesse pelas outras pessoas
- Outro(s), qual(is)? _____

21. Assinale abaixo os efeitos do seu consumo de *crack* sobre seu trabalho ou estudo: (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Atrasos na escola/trabalho
- Faltas na escola/trabalho
- Redução no rendimento na escola
- Redução da produtividade no trabalho
- Recebeu advertência na escola/trabalho
- Foi expulso da escola/trabalho
- Brigas com colegas escola/trabalho
- Trocou de escola/emprego
- Outro(s), qual(is)? _____

22. Assinale abaixo os efeitos do seu consumo de *crack* sobre sua situação financeira/econômica: (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

- Gastou todo o dinheiro que tinha
- Passou a vender/trocar objetos pessoais
- Incapacidade de pagar suas despesas e contas
- Endividou-se
- Envolveu-se em atividades ilícitas para obter dinheiro para o consumo (roubo, tráfico, etc)

Outro(s), qual(is)? _____

23. Assinale as conseqüências legais do seu consumo de *crack*: (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

Prisão por porte/posse de drogas

Prisão por tráfico

Prisão por outras atividades ilícitas relacionadas ao consumo de *crack*

Prisão por envolvimento em brigas

Outra(s), qual(is)? _____

24. Assinale abaixo todas as conseqüências negativas que você experimentou por causa do seu consumo de *crack*: (Se for seu caso, marque mais de uma alternativa)

Acidente de carro/moto

Teve relações sexuais indesejadas, se prostituiu

Isolou-se da família e amigos

Envolveu-se com tráfico (mesmo pequeno tráfico)

Faltou ao trabalho/escola

Brigas (físicas com outras pessoas)

Tentou se matar

Outra(s), qual(is)? _____

25. Quando você usou *crack* pela última vez?

Há mais de um mês

Há 1 mês

Há 1 semana

Há 2 – 4 dias atrás

Há 1 dia atrás

26. Qual a quantidade que você consumiu nesta última vez? ⇨ Indique o tamanho e/ou valor da pedra:

_____ (gramas) _____ (reais)

5 – 10 pedras

11 - 15 pedras

16 – 20 pedras

Mais do que 20

Quantas? _____

27. Você costuma usar *crack* junto com outras drogas?

Não Sim

⇨ Se sim, indique abaixo a seqüência de drogas:

1°) _____ 2°) _____

3°) _____ 4°) _____

ANEXO 5 - ESCALA DE GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA – ASI6²⁰

The Addiction Severity Index (ASI) Versão 6

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	---	-----
Lazer	F22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	---	-----
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou
 não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou
 em branco incorretamente

²⁰ Quaisquer informações sobre o instrumento, no Brasil, podem ser obtidas pelos seguintes contatos: Dr. Felix Kessler, e-mail: kessler.ez@terra.com.br e Dr. Flavio Pechansky, e-mail: fpechans@uol.com.br. Estes são os coordenadores do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e responsáveis pelo estudo multicêntrico do qual esta pesquisa está vinculada – tendo esta a autorização para utilizar o instrumento.

J F M A M J J A S O N D

Informações Gerais – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe.

A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista: / /

G5. Data de Admissão: / /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data: / /

G7. Hora de Início:

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento: / /
 (Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Negra/Preta | <input type="checkbox"/> 5. Indígena |
| <input type="checkbox"/> 2. Branca | <input type="checkbox"/> 6. Outros |
| <input type="checkbox"/> 3. Amarela/Oriental | <input type="checkbox"/> 7. Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> 4. Parda/Mestiça | |

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado	4 – Divorciado	
2 – vivendo como casado	5 – Separado	6 → G14
3 – viúvo	6 – Nunca casou	

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)? anos meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

- Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo
- Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas
- Instituição de saúde ou profissional de saúde
- Escola/Faculdade
- Trabalho ou programa de assistência ao emprego
- Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)
- Sistema penal ou pelo juiz

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → H9	

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 → NOTA	

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar?
 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando? [Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

<input type="checkbox"/> 1. Sozinho	<input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro	<input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes
<input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos	<input type="checkbox"/> 7. Não respondeu
<input type="checkbox"/> 4. Pais	<input type="checkbox"/> 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas?
 1 – Sim, 0 – Não

Médico – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

[Marque todas que se aplicam]

- 1. Nenhum (SUS)
- 2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
- 3. Convênio público
- 4. Convênio militar
- 5. Outros (especifique: _____)
- 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento? 1 – Sim, 0 – Não
2 – Não tem certeza

Alguma vez algum **médico ou um profissional de saúde** lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

- M3. Pressão Alta.....
- M4. Diabetes
- M5. Doença Cardíaca.....
- M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral).....
- M7. Epilepsia ou convulsões
- M8. Câncer.....
- M9. HIV/AIDS.....
- M10. Tuberculose.....
- M11. Hepatite.....
- M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado
- M13. Doença renal crônica.....
- M14. Problema respiratório crônico.....
ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite
- M15. Outro problema ou doença crônica.....
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,
– se “Sim” especifique: _____

M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos?
– se “Sim,” especifique: _____

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições?
0 – Não
1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.
2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).
3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? 1 – Sim, 0 – Não
– exclua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve?
0 – Excelente 3 – Razoável
1 – Muito Boa 4 – Ruim
2 – Boa

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

[NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?
Dias
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
– incluir problemas dentários

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos?
Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?
– não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/ drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
000 → M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física? A. B.
000 → M28
– não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde? A. B.
000 → E/S
ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.
– não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.

Comentários:

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
 1 – Ensino Fundamental 4 – Bacharelado
 2 – Ensino Médio 5 – Mestrado ou mais
 3 – Ensino Superior (Faculdade) 6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?
 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?
 01 = Não alfabetizado 16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
 02 = 1ª à 4ª série 17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
 12 = 5ª à 8ª série 18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
 13 = 1º e/ou 2º ano do E.M. 19 = Doutorado completo ou não
 14 = 3º ano Ensino Médio 20 = Pós-doutorado completo ou não
 15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade

E4. Você prestou serviço militar?
 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
 0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?
 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?
 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]
 ___ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
 ___ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
 ___ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
 ___ 4. Fora do mercado de trabalho
 – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
 ___ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:]
 Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]
 ___ 1. Dona-de-casa/do lar ___ 5. Não procura por trabalho
 ___ 2. Estudante ___ 6. Procura por trabalho
 ___ 3. Incapaz ___ 7. Institucionalizado
 ___ 4. Aposentado ___ 8. Outro

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
 Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]
 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
 03 – Vendas

04 – Apoio Administrativo e de Escritório
 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
 11 – Trabalhador Rural
 12 – Militar
 13 – Empregados Domésticos
 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?
 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?

 Meses
 – com um empregador ou como autônomo 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
 [NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] _____
 Meses
 000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
 Especifique: _____
 [NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____), quantas semanas você teve um trabalho pago?

 Semanas,
 – inclua licenças, férias, Max = 26
 dias como autônomo, trabalho informal e bicos. 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:
 E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
 – inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. _____
 Dias
 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?

 Dias
 ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc.

E22. Você procurou algum emprego?
 ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador
 1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? – assistência atual ou adicional
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- 1. Emprego
- 2. Aposentadoria
– ex. pensão, seguro social (INSS)
- 3. Invalidez / Incapacidade
– ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- 4. Seguro desemprego
- 5. Assistência pública ou governamental
– ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- 7. Família, amigos ou sócios
- 8. Dinheiro ilegal
- 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
– ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- 10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique: _____
- 11. Bicos
- 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? – exclua dinheiro de atividades ilegais 1 – Sim, 0 – Não

Comentários: _____

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?
 – inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?
 – desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)? 000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?
 ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.
 – exclua medicações para dependência de nicotina. 000 → D6
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
 – exclua períodos sem álcool 00 → D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques² por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
 0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana

- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?
- D14. Quando você bebeu pela última vez?
 [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;
 ou
 teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões;
 ou
 teve problema com a lei? 1 – Sim, 0 – Não
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

² Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários adicionais:

Uso de Substâncias – Categorias Problema

- | | |
|----------------------|---|
| 01 – Álcool | 07 – Heroína |
| 02 – Maconha | 08 – Metadona |
| 03 – Sedativos | 09 – Outros Opióides |
| 04 – Cocaína / Crack | 10 – Inalantes |
| 05 – Estimulantes | 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina) |
| 06 – Alucinógenos | 12 – Nenhuma |

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
 e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? – se nunca usou drogas ou medicação → D54

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
 0 – Sem uso (→ D45) 3 – 3-6 vezes por semana
 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
 2 – 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 00 – se hoje, 01 – se ontem 02 – se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$ – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? 1 – Sim, 0 – Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? 1 – Sim, 0 – Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? 1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? 1 – Sim, 0 – Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? 00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente

1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano? 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua medicações prescritas e apropriadamente tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas) 0 → D52

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou? Anos Meses
 [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

D52. Alguma vez você se injetou drogas? [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não 00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção? Anos Meses Atrás
 – se nunca, codifique N e N
 – se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? Anos Meses Atrás
 – se nunca, codifique N e N
 – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? N → D59
 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
 – se nunca experimentou, codifique N

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? 1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários: _____

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? 1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? 1 – Sim, 0 – Não
 Se L1 e L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]
 ___1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
 ex. roubo, agressão, estupro
 ___2. Ato ilícito ligado a drogas
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
 ___3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
 ___4. Infrações praticadas somente por jovens
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
 ___5. Outras infrações (Especifique: _____)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? **Vezes**
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)?

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____

[NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

A. Quantas vezes no total?

B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

- | | A. Total | B. 6 Meses |
|--|---|---|
| L7. Porte de drogas?.....
– ou equipamentos de droga (parafenália) | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas?.....
– vender inclui traficar/ distribuir | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Roubo?.....
– roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro?.....
– fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Crime violento?.....
– violência doméstica, estupro, assassinato. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo?.....
– inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado?.....
– ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal?.....
– violação da condicional, conduta desordeira, – invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)] **Anos** **Meses**

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? **Vezes**

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão?

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? 1 – Sim, 0 – Não
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não

- L19. Investigado em inquérito policial
- L20. Suspensão condicional do processo
- L21. Aguardando julgamento ou sentença
- L22. Sursis ou em Liberdade condicional
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica.....
- L24. Outros.....
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você _____ ?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

A. número de dias, últimos 6 meses

B. número de dias, últimos 30 dias

- | | A. Últimos 6 Meses | B. 30 Dias |
|--|--|---|
| L26. Vendeu ou fabricou drogas?.....
– traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém?..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?
Se L28 = 0 → L29 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28d. Praticou arrombamento..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28e. Roubou veículo a motor..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28f. Falsificou..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28g. Fraudou..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28h. Cometeu vandalismo..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado)..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28j. Roubou / danificou propriedade..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém?.....
– com ou sem uma arma;
– inclua violência doméstica, estupro e assassina
– exclua roubo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> 0 → L30 |
| L29c. Ameaçou sem agressão física..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? – portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc. [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]	A. Últimos 6 Meses	B. 30 Dias
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L30c. Carregar uma arma sem licença.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L30d. Prostituição / cafetinagem.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L30e. Jogo ilegal.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

F1. Você teve um <u>relacionamento</u> amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros ³ você tem? – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos. [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Para F3 – F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
- B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
- C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

(1 – Sim, 0 – Não)

A. Parceiro(s) B. Parentes C. Amigos
Adultos Íntimos

F3. <u>passou tempo</u> (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. teve qualquer <u>contato</u> , como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com:..... – se F3+F4 = 0, Pule para F9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. teve problema de relacionamento c/.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. teve qualquer <u>discussão</u> com:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém?	<input type="checkbox"/>		1 – Sim, 0 – Não

Comentários:

F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc. 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente	<input type="checkbox"/>	
F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente	<input type="checkbox"/>	
F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente	<input type="checkbox"/>	
F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F20. você fez algum trabalho voluntário?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente	<input type="checkbox"/>	

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia?	<input type="checkbox"/>	1 – Sim, 0 – Não
--	--------------------------	------------------

³ Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F25. Quando isso aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’
 Anos Atrás Meses Atrás
- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29
- F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’
 Anos Antes Meses Atrás
- F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? – exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas – exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra
 0 → F32
- F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’
 Anos Atrás Meses Atrás
- F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra – exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
 0 → F35
- F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’
 Anos Atrás Meses Atrás
- F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? – exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
 0 → NOTA
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’
 Anos Antes Meses Antes
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? – inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

- F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45

- F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- | | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------|----------------------|----------------------|
| Filho 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Filho 10 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- [NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]
- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? – inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
 Filhos
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? – codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não
- [NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]
- F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças
 0 → F48
- F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
 – aconselhamento atual ou adicional
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não
- F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não
- [NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa?
1 - Sim, 0 - Não

F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
- teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça
1 - Sim, 0 - Não

F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças?
1 - Sim, 0 - Não

Psiquiátrico - As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)
Vezez

P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?
1 - Sim, 0 - Não
0 → P4

P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?
A. Últ. 6 meses **B.** 30 Dias
000 → P4

P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos?
- inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento.
- também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos
0 - Nenhuma
1 - 1-5 sessões
2 - 6-25 sessões
3 - 26-50 sessões
4 - mais de 50 sessões
0 → NOTA

P5. Quantas consultas ambulatoriais em consultório você teve?
A. Últ. 6 meses **B.** 30 Dias
000 → NOTA

[NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]

P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?
Idade

P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica?
1 - Sim, 0 - Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 - Não
para A/B: 1 - Sim 2 - Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., "Sim" pergunte: "Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?" e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 - P17): **A.** Na sua vida
B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias

C. Há quantos dias você ___ pela última vez?

Você (já): **A.** Na vida **B.** 30 Dias **C.** Dias Atrás
P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo?
* dormir por toda a noite

P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?
- nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P10

Você (já): **A.** Na vida **B.** 30 Dias **C.** Qtos dias atrás

P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?
- para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0→P11

P11. Teve alucinações?
- viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram

P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?

P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?

P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?

P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?

P16. Tentou o suicídio (se matar)?

P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.

Especifique: _____

[NOTA: Se todas P9 - P17 são 0 - Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 - P20) Nos últimos 30 dias:
- exclua P8 (problemas com o sono) para P18 - P21

P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
Dias

P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?
Dias

P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente
2 - Moderadamente

P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?
0 – Nada
1 – Levemente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

2 – Moderadamente
G15. Hora de Término:

Taxa Global de confidencialidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim, 2 – Satisfatória, 3 – Boa

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

**ANEXO 6– MINI INTERNACIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW –
MINI PLUS**

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a):	_____	Número do protocolo:	_____
Data de nascimento:	_____	Hora de início da entrevista:	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	Hora do fim da entrevista:	_____
Data da entrevista:	_____	Duração total da entrevista:	_____

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a)

entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (∧) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado (a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM?		→ NÃO	SIM	

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	3
b	Tiveram problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado (a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado (a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado (a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Tiveram dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto (a) ou pensar em fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

- SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e)
- NA PÁGINA 5

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
----	--	----------	-----	----

B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido (a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a autoconfiança?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	NÃO	→ SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	NÃO	→ SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	

C. RISCO DE SUICÍDIO

	Durante o último mês:			Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a)?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO **SIM**

RISCO DE SUICÍDIO

ATUAL

1-5 pontos Baixo

6-9 pontos Moderado

≥ 10 pontos Alto

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEQUENTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
b	SE D1a = SIM: Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
b	SE D2a = SIM: Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM”?	➔ NÃO	SIM	

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “**SIM**”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “**NÃO**”: EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico (a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado (a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo (a)?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	NÃO	SIM	8

- e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando? NÃO SIM 9
- f Estava tão ativo (a) e agitado (a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa? NÃO SIM 10
- g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)? NÃO SIM 11
- HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 →
 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)? NÃO SIM

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe Causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais NÃO SIM 12
 OU você foi hospitalizado (a) por causa desses problemas?
 COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO.

D4 É COTADA "NÃO"?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

E1	a Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso (a), muito desconfortável ou assustado (a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim?	→ NÃO	SIM	1				
	b SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2				
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo?	→ NÃO	SIM	3				
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado (a) com as suas possíveis conseqüências?	NÃO	SIM	4				
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior:							
	a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	NÃO	SIM	5				
	b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas?	NÃO	SIM	6				
	c Teve tremores ou contrações musculares?	NÃO	SIM	7				
	d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado (a)?	NÃO	SIM	8				
	e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	NÃO	SIM	9				
	f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito?	NÃO	SIM	10				
	g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	NÃO	SIM	11				
	h Sentiu-se tonto (a), com vertigens ou a ponto de desmaiar?	NÃO	SIM	12				
	i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se Como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo?	NÃO	SIM	13				
	j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	NÃO	SIM	14				
	k Teve medo de morrer?	NÃO	SIM	15				
	l Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16				
	m Teve ondas de frio ou de calor?	NÃO	SIM	17				
E5	E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4?	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Transtorno de pânico vida</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	Transtorno de pânico vida	
NÃO	SIM							
Transtorno de pânico vida								
E6	SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4? SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ataques pobres em sintomas</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	Ataques pobres em sintomas	
NÃO	SIM							
Ataques pobres em sintomas								
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio?	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Transtorno de Pânico atual</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	Transtorno de Pânico atual	
NÃO	SIM							
Transtorno de Pânico atual								

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso (a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	---	-----	-----	----

SE **F1** = “**NÃO**”, COTAR “**NÃO**” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado (a) ao ter que enfrentá-las?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*Agorafobia
Atual*

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “**NÃO**”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”
e
E5 (Transtorno de Pânica Vida Inteira) É COTADA “**NÃO**”?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

➔ SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E **PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**.

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	➔ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado?	➔ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta?	➔ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM”?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO	SIM	1				
	Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas REAIS da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.	→ Passar a H4						
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas?	NÃO	SIM	2				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	NÃO	SIM	3				
obsessão								
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
compulsão								
	H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos (as) ou exagerados (as) ?	NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	NÃO	SIM	6				
	H6 É COTADA “SIM”?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL								

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	➔ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revê-lo?	➔ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado (a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3?	➔ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso (a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado (a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4?	➔ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas?	➔ NÃO	SIM	1
J2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR " SIM ", SE RESPOSTA " SIM " NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

J3	Durante os últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR " SIM " SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

<p>K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?</p>	➔	NÃO SIM
--	---	---------

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Dolan A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGENEIOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayahuasca, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorazepam®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER (EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
- SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
-
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)
-

K2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:**

Substância 1:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1

b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?	NÃO	SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7

Substância 2:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?	NÃO	SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7

Substância 3:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO.	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4
e	Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM	5
f	Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s)?	NÃO	SIM	6
g	Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	7



HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	→ SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S)</i>	
ATUAL	

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | |
|--|-----|-----|----|
| <p>a Por várias vezes ficou intoxicado ou “de cabeça feita / chapado (a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas?</p> <p>COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS</p> | NÃO | SIM | 8 |
| <p>b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc...</p> | NÃO | SIM | 9 |
| <p>c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?</p> | NÃO | SIM | 10 |
| <p>d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas?</p> | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)</i>	
ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTA MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES. AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				BIZARRO	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o (a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6 a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s)?	NÃO		SIM	3
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO		SIM →L6 a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o (a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído (a)?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6 a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	SE SIM: Atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM	SIM →L6 a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achava estranho ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você? COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9

b	SE SIM: Atualmente eles acham suas idéias estranhas?	NÃO	SIM	SIM	1 0
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “SIM” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	1 1
b	SE SIM: Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8 a	1 2
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13 14
b	SE SIM: Teve essas visões no último mês? <u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>	NÃO	SIM		
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM		15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM		16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM		17

L11 DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS :
 UMA QUESTÃO « b » COTADA **“SIM” BIZARRO**
 OU
 DUAS QUESTÕES « b » COTADAS **“SIM” (NÃO BIZARRO)** ?

NÃO	SIM
SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	

L12 DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS:
 UMA QUESTÃO « a » COTADA **“SIM” BIZARRO**
 OU
 DUAS QUESTÕES « a » COTADAS **“SIM” (NÃO BIZARRO)** ?
 (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO)
 OU
 L11 É COTADA **“SIM”** ?

NÃO	SIM
SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	

L13a SE L12 É COTADA **“SIM”** E SE HÁ PELO MENOS UM **“SIM”** DE L1 A L7:

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA

UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM)

→
NÃO SIM

OU

UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?

b **SE L13a** É COTADA “SIM”:

Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?

→
NÃO SIM 18

c **SE L13a** É COTADA “SIM”:

ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR	
<i>com características psicóticas</i>	
ATUAL	

d **L13b** OU **L13c** SÃO COTADAS “SIM”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR	
<i>com características psicóticas</i>	
VIDA INTEIRA	

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO SIM		1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM		2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO SIM		3

M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO **SIM**

ANOREXIA NERVOSA

ATUAL

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso														
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	38	39	39		40	41	42	43	44	45	46	47	49	50
51														
Homens altura/ peso														
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188
191														
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54		55	56	57	58
61														

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	➔ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	➔ NÃO	SIM	9

N3 Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ? ➔ NÃO SIM 10

N4 Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ? ➔ NÃO SIM 11

N5 Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ? ➔ NÃO SIM 12

N6 O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? NÃO SIM 13
↓
passar a N8

N7 Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem **sempre** que o seu peso é inferior a ____ Kg* ? NÃO SIM 14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 **N5** É COTADA “SIM” E **N7** COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM <i>BULIMIA NERVOSA ATUAL</i>

N7 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<i>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</i>	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	➔ NÃO	SIM	1
	b Teve essas preocupações quase todos os dias?	➔ NÃO	SIM	2
	A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	➔ NÃO	SIM	3

O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	➔ NÃO	SIM	4
----	---	----------	-----	---

DE **O3** A **O3f** COTAR “**NÃO**” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE

O3 Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

➔ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1? ➔
NÃO SIM

Não cotar "SIM" Nas QUESTÕES abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	
VIDA INTEIRA	

ANEXO 7 – PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)

Parental Bonding Instrument (PBI), versão para o português brasileiro:

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua MÃE/PAI até os seus 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.

	Muito parecido	Moderadamente parecido	Moderadamente diferente	Muito diferente
Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
Parecia emocionalmente frio(a) comigo	()	()	()	()
Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
Era carinhoso(a) comigo	()	()	()	()
Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
Invadia minha privacidade	()	()	()	()
Gostava de conversar sobre as coisas comigo	()	()	()	()
Freqüentemente sorria para mim	()	()	()	()
Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()
Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	()	()	()	()
Não conversava muito comigo	()	()	()	()
Tentava me fazer dependente dele(a)	()	()	()	()
Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a) estivesse por perto	()	()	()	()
Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
Deixava-me sair tão freqüentemente quanto eu queria	()	()	()	()
Era superprotetor(a) comigo	()	()	()	()
Não me elogiava	()	()	()	()
Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

ANEXO 8 – INSTRUÇÕES PARA ALICAÇÃO DO PBI²¹

Variáveis medidas

Duas escalas denominadas 'cuidado' e 'superproteção' ou 'controle', medida fundamental como estilos parentais percebidos pela pessoa. A medida é 'retrospectiva', o que significa que os indivíduos (mais de 16 anos) completos relatam como eles se lembram de seus pais durante os primeiros 16 anos. A medida deve ser preenchida para mães e pais separadamente. Há 25 perguntas, incluindo 12 itens de 'cuidado' e 13 itens de 'superproteção', com as seguintes pontuações:

Cuidado

Itens: 1, 5, 6, 11, 12, 17:	Muito parecido = 3 Moderadamente como = 2 Moderadamente ao contrário = 1 Muito ao contrário = 0
Itens: 2, 4, 14, 16, 18, 24	Muito ao contrário = 3 Moderadamente ao contrário = 2 Moderadamente como = 1 Muito parecido = 0

Superproteção

Itens: 8, 9, 10, 13, 19, 20, 23	Muito parecido = 3 Moderadamente como = 2 Moderadamente ao contrário = 1 Muito ao contrário = 0
Itens: 3, 7, 15, 21, 22, 25	Muito ao contrário = 3 Moderadamente ao contrário = 2 Moderadamente como = 1 Muito parecido = 0

Parental quadrantes ligação

Além de gerar cuidado e proteção pontuação para cada escala, os pais podem ser efetivamente "atribuído" a um dos quatro quadrantes:

"Restrição afetuosa" = Cuidados de alta e alta proteção	"Controle sem afeto" = Alta proteção e cuidados de baixa
"Parenting ótimo" = Cuidados de alta e baixa proteção	"Pais negligentes" = Cuidados de baixa e baixa proteção

Atribuição para "alto" ou "baixa" categorias é baseada no seguinte cut-off pontuações:

- Para as **mães**, uma pontuação *de cuidados* de 27,0 e uma contagem *de proteção* de 13,5.
- Para os **pais**, uma pontuação *de cuidados* de 24,0 e uma contagem *de proteção* de 12,5.

²¹ PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L. B. **Parental Bonding Instrument**. Disponível em: <<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/ParentalBondingInstrument.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2011.