

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**

JESSICA SANTOS IVACIOKI

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

CURITIBA - PR

2021

JESSICA SANTOS IVACIOKI

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS
RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná/Secretaria de Estado da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: Dra Fernanda Carolina Capistrano

CURITIBA - PR

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

CURITIBA, 23 DE FEVEREIRO DE 2021.

O trabalho intitulado **CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO** de autoria da aluna **JESSICA SANTOS IVACIOKI** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Programa de Residência em Saúde Mental.

Prof. Dr^a Fernanda Carolina Capistrano
Orientador do TCR/PI

Prof. Ma. Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Avaliador da Instituição

Prof. Ma. Tânia Mara da Silva
Avaliador Externo

Dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa ajudar de alguma forma, e, aos que me ajudaram nesta caminhada intensa.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família, mas principalmente aos meus pais João e Rute, por todo amor, apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas conquistas.

A minha orientadora Fernanda pelas valiosas e incontáveis contribuições dadas durante todo o processo da construção desta pesquisa, pela paciência, e principalmente pela confiança em mim depositada.

A minha querida amiga Jessica Liz, pela sua paciência, compreensão e apoio incansáveis.

A minha companheira de residência, Glaucia, a qual tive o prazer de conhecer e poder dividir essa experiência, e certamente levarei para minha vida.

As minhas colegas de programa, Jhenifer, Pamela e Anelise, que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

A minha amiga Heloísa e seu esposo Lucas, pelo carinho e apoio nos momentos mais difíceis.

Aos demais amigos e amigas que fizeram parte deste processo, me apoiando, incentivando e fornecendo força para que eu continuasse, em especial a Ariadne, Cissa, Bruna e Lilo.

A minha preceptora Luisa, por toda a contribuição fornecida a mim durante este período;

E, a toda a equipe da Unidade de Saúde Vargem Grande, minha segunda família durante este período, a qual foi de extrema importância para minha formação profissional e como ser humano.

Gratidão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	25
4.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	25
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA.....	26
4.3 PARTICIPANTES.....	28
4.4 COLETA DE DADOS.....	28
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 INSTRUMENTO NORTEADOR DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS ..	30
5.1.1 Orientação.....	31
5.1.2 Identificação	34
5.1.3 Exploração	35
5.1.4 Resolução	35
5.2 MAPEAMENTO DOS PARTICIPANTES	35
5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45

REFERÊNCIAS.....46

APÊNDICES E ANEXOS49

LISTA DE TABELAS

Tabela	1.	Metodologia do projeto de intervenção 6W3H.....	20
Tabela	2.	Número de pessoas com CID de uso de substâncias no prontuário eletrônico WINSAÚDE, pertencentes à área de abrangência da USF.....	25
Tabela	3.	Medicações em uso pelos participantes do estudo.....	27
Tabela	4.	Diagnósticos de Enfermagem segundo CIPESC.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CE	Consulta de Enfermagem
CIPESC	Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSM	Centro de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SM	Saúde Mental
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) é considerado uma problemática mundial, que a cada dia cresce mais, necessitando de intervenções de saúde a todo o tempo. Sabe-se ainda, que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada de qualquer indivíduo no Sistema Único de Saúde, e o papel que deve ser desempenhado pelas unidades que compõem esta rede, é o de acolhimento do usuário e posterior resolução das suas necessidades. Tal ato pode ser realizado através de consultas de enfermagem. Apesar disso, os usuários não são acolhidos da maneira correta por estes serviços, uma vez que seu funcionamento é no modelo biomédico, focando apenas na queixa atual do indivíduo, não considerando a saúde como algo integral, ocasionando em um manejo inadequado. Um processo de trabalho que pode contribuir para a não realização desse atendimento de saúde de maneira integral, é o fato das consultas de enfermagem em SM serem quase que inexistentes dentro dos serviços, fato este que pode ser entendido como a falta de instrumentos norteadores e a falta de incentivo na realização das consultas. Buscando a resolução de tais problemas o presente estudo tem como objetivo geral, elaborar um projeto de intervenção em uma Unidade de Saúde da Família (USF) a partir da realização da consulta de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados a substâncias, e como objetivos específicos, construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados a substâncias; identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados a substâncias; propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Portanto, uma pesquisa de intervenção, realizada em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, através da consulta de enfermagem em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento norteador, com a finalidade de identificar todos os diagnósticos de enfermagem pertinentes ao usuário e a amostra foi composta por sete participantes. O perfil sociodemográfico encontrado na amostra foram cinco do sexo masculino, e dois feminino, e todos com idade acima de 40 anos. Ao menos três participantes afirmaram ter comorbidades clínicas associadas ao uso de substâncias. Quando se fala em sono e repouso, mais de 80% dos participantes percebem alterações no ciclo sono-vigília quando em uso. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram: uso de álcool e outras drogas; controle do regime terapêutico inadequado; relacionamento familiar conflituoso; e emagrecimento. As principais intervenções e orientações realizadas foram com foco na redução de danos e conforme a prioridade do usuário. Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância do acompanhamento dos usuários nos serviços da APS, porém, demonstra o quanto a mesma ainda é frágil quando se fala no acompanhamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem. Uso de substâncias. Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Entende-se que o uso de substâncias psicoativas é uma problemática mundial principalmente ao considerar o aumento expressivo de casos com o passar dos anos. Segundo um estudo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2015 ao menos 66,4% da população brasileira já consumiu álcool ao menos uma vez na vida e cerca de 2,6% da população o equivalente a quase 4 milhões de pessoas, já fizeram o uso de alguma substância psicoativa ilícita durante sua vida (FIOCRUZ, 2018).

Dados epidemiológicos apontam que, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo tem algum transtorno decorrente do uso de substâncias, e que apenas uma a cada sete recebe algum tipo de tratamento para tal situação (UNODC, 2019).

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (2017), no ano de 2015 pelo menos 17.839 pessoas fizeram uso de álcool e tabaco, cerca de 3.976 pessoas fizeram uso de álcool e pelo menos uma substância ilícita.

Deste modo, no que tange a prevenção, promoção da saúde e principalmente tratamento, destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual surge como um novo arranjo, propondo um cuidado integral e contínuo, através da integração e interação dos serviços, com a criação de vínculos horizontais entre usuários e serviços (BRASIL, 2011).

Entre os dispositivos da RAPS, a Atenção Básica (AB) é o primeiro local em que as pessoas devem procurar auxílio quando demandam alguma necessidade de saúde. As ações na Atenção Primária à Saúde (APS), são na maioria das vezes desenvolvidas em um território estratégico, possibilitando que os profissionais de saúde desenvolvam uma proximidade maior com os moradores desta região, o que favorece o cuidado, uma vez que entende-se que o cuidado em Saúde Mental (SM) necessita de uma abrangência que vai além de dados clínicos.

Pode-se dizer então que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica se torna estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013), portanto a APS é fundamental para as intervenções voltadas a problemática do

uso de substâncias psicoativas, uma vez que as ações desenvolvidas dentro de tal ponto abrangem o campo da prevenção, podendo por vezes realizar o diagnóstico precoce, o cuidado com os agravos e o encaminhamento para outros serviços, caso haja necessidade (SILVA, 2010).

Além de toda a problemática ocasionada pelo transtorno mental decorrido do uso de substâncias, o indivíduo traz consigo todo o estigma e preconceito vivenciado, ou seja, o mesmo ainda encontra a dificuldade dos profissionais ao atender essa clientela.

É perceptível a maneira como os trabalhadores dos serviços da APS tem dificuldade em articular o cuidado para essa parte da população, fazendo com que muitas vezes seus atendimentos, sejam cobertos de julgamentos, e focado no encaminhamento do indivíduo para serviços especializados como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), ou a internações em regimes integrais de atendimento.

Entretanto, sabe-se que a APS está diretamente interligada com a reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos relacionados a substâncias, uma vez que o cuidado sempre deve ser compartilhado, tendo então um papel fundamental que tem de ser desempenhado no fortalecimento da rede de atenção à Saúde Mental.

Portanto, esta pesquisa é de extrema relevância no que se diz respeito ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, uma vez que a APS é a porta de entrada e ordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e além de tudo norteadora dos atendimentos oferecidos pelos profissionais atuantes neste campo.

2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção em uma Unidade Estratégia de Saúde da Família (USF) a partir da implantação da consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.
- Propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O fenômeno da loucura surge inicialmente na antiguidade grega e romana, sendo classificada como manifestações sobrenaturais motivadas por demônios ou deuses, sendo então uma influência da religião na qual, passou a ser entendida como uma manifestação do sobrenatural satânico, e algumas vezes sendo colocada até mesmo como bruxaria, resultando na perseguição de pessoas. (MILLANI; VALENTE, 2008).

Segundo Millani e Valente (2008), no século XVII, começam a aparecer os primeiros locais para a internação dos loucos, locais esses que abrigavam todo tipo de indivíduo que de certa forma demonstrava desordem ou desorganização social. Essas instituições foram criadas com a intenção de corrigir e controlar os indivíduos e proteger a sociedade, esse gesto tinha um significado religioso, econômico, social, político e moral, no qual havia uma aliança entre o poder burguês e a igreja.

Pinel, apesar de propor a liberdade dos loucos, defendia que os mesmos deveriam ser submetidos ao tratamento asilar, sendo completamente isolados da sociedade, o que para ele não significava a perda da liberdade, e sim o tratamento que poderia restituir a liberdade que foi perdida pela alienação. Nesse período, Pinel fundou os primeiros hospitais psiquiátricos, onde determinou o isolamento para os alienados e instaurou o modelo de tratamento moral (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (2007, p.30), Pinel entendia a alienação mental como “*um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade*”. Ou seja, na medida em que alguém se encontra nesse estado em que não se percebe a realidade, poderia representar algum risco para a sociedade ou até mesmo para si.

Desta forma o primeiro passo para o tratamento dessa alienação, segundo Pinel, se daria pelo isolamento, onde se entendia como a institucionalização/hospitalização, sem contato algum com o mundo exterior, dessa forma, permitindo-se conhecer a alienação em seu “estado puro”, sem qualquer interferência, objetivando assim um propósito de cura.

O segundo passo seria o tratamento moral, que consistia basicamente na soma dos princípios e medidas, aos quais eram impostos aos alienados, que pretendiam restabelecer a mente, afastar ilusões e pensamentos delirantes e trazer a consciência novamente para a realidade.

E nesse contexto também se encontrava aqueles que faziam uso de substâncias psicoativas. Sabe-se que o uso de drogas é algo milenar, e este se manifestou na história do homem perante a sociedade, de diversas maneiras. Segundo Silva et al (2010), inicialmente o uso de substâncias poderia estar relacionado a medicina e a ciência, trazendo como exemplo disso, o uso de ópio em meados do século XX, em forma de xarope ou calmante para crianças, sendo comercializado por farmácias, mas que sua participação claramente, teve grande influência na magia, religiosidade, cultura e etc.

Apenas com o decorrer do tempo, o uso de substâncias foi atribuído ao lazer e entretenimento, fazendo com que a igreja entendesse o uso de substâncias psicoativas como algo ruim, o qual necessitaria de tratamento, tanto quanto uma pessoa com transtornos mentais.

Nesse sentido, Saad (2001) destaca que o uso de substâncias passa a ser considerado um problema apenas em um determinado momento histórico, aparecendo as primeiras noções de dependência química, associando-a a perda de controle de sua própria vida, causando diversos prejuízos na vida do indivíduo, necessitando então que surgissem diversos tipos de tratamentos para controlar tais pessoas.

Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade redirecionou o modo de visualizar os pacientes internados em hospícios, entre eles os usuários de substâncias psicoativas, constatando-se que não havia nenhum tipo de condição de vida humana dentro daquelas instituições, e que não existia nenhuma diferença dos campos de concentração. Com isso, alguns primeiros passos do Movimento da Reforma Psiquiátrica foram dados, com a criação de Centros de Saúde Mental (CSM) (AMARANTE, 2007).

No contexto de saúde mental psicossocial e comunitária, que surge o conceito de desinstitucionalização, uma diretriz das políticas de saúde mental, onde se entende como um conjunto de medidas que objetiva a desospitalização, ou seja, a redução de

internações de pessoas em hospitais psiquiátricos ou diminuição do tempo médio de permanência dos mesmos nessas instituições (AMARANTE, 2007).

Ocorre então o surgimento da RAPS tem como principais diretrizes: Garantir a autonomia, liberdade e exercício da cidadania; Promover a equidade, fazendo-se valer os determinantes sociais de saúde; Garantir o acesso e qualidade dos serviços, ofertando um cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar; Dar ênfase aos serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado e fortalecendo a participação social de usuários e familiares; Organizar os serviços da RAS de maneira regionalizada com ações intersetoriais; Desenvolver uma lógica de cuidado com foco nas necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aqueles decorrente do uso de substâncias psicoativas. A Rede conta ainda com quatro Eixos Estratégicos que auxiliam em sua implementação, sendo eles:

- Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental;
- Eixo 2: Qualificação desta rede;
- Eixo 3: Ações intersetoriais com foco na reinserção social e reabilitação;
- Eixo 4: Ações de prevenção e redução de danos.

Além, de ter como finalidade estabelecer os pontos de atenção para os atendimentos de Saúde Mental, a RAPS é composta pelos seguintes pontos de atenção:

- Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde; Nucleo Ampliado de Saúde da Família; Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura.
- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades.
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192; Salas de estabilização; UPAS 24h e prontos socorros de hospitais que fornecem atendimento de urgência/emergência.
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- Atenção Hospitalar: Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais; Serviços Hospitalares de Referência para pessoas em sofrimento psíquico intenso.

- Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa.
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

No que se refere à atenção primária destaca-se o atendimento primário destas pessoas, sendo o equipamento facilitador para o ingresso destas que necessitam de assistência à sua saúde, dentro do âmbito do SUS (SANTOS, 2007).

Segundo Tanaka e Ribeiro (2009), a APS, vem sendo construída ao longo das últimas décadas, e que apenas na Conferência de Alma-Ata em 1978, fora divulgado os princípios e diretrizes de tal modelo. No Brasil a APS ganhou alguns programas específicos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), com o tempo, o PSF foi colocado como uma estratégia estruturante dos sistemas de saúde, com o objetivo de mudar o modelo assistencial.

Ainda segundo os autores supracitados, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada da maioria dos usuários do SUS, frente a diversas áreas estratégicas. Com o princípio de garantir a universalidade de acessos a sistemas de saúde, cabe então a APS realizar a integralidade de assistência, desenvolvendo por vezes, ações programáticas e de demanda espontânea da população, articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, o trabalho de forma interdisciplinar e intersetorial de equipes e outros equipamentos de saúde.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), oriunda do PSF, tem se consolidado principalmente na atenção básica, ou seja, nas antigas Unidades Básicas de Saúde. Esta modalidade de atuação tem como princípios:

Atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania” (TANAKA; RIBEIRO, p.478, 2009).

Com o avanço constante do movimento da reforma psiquiátrica, diversas alterações em conceitos e práticas na atenção ao usuário em sofrimento mental vêm

acontecendo. Com a desinstitucionalização, e a implementação de uma ampla rede de serviços complementares, este redirecionamento dos usuários classificados com transtornos graves ou persistentes para os serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fez com que os usuários classificados como baixo risco, ficassem em um segundo plano de assistência, regido por vezes pela APS. A fim de reduzir essa falta de cobertura de tais usuários, a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) – DAPE/SAS/MS, desenvolveu então, a partir de 2001, documentos que deveriam realizar a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica. Estão entre as principais diretrizes para que haja esta articulação:

- O Apoio Matricial de SM as equipes de ESF;
- Priorização da SM na formação das equipes da AB;
- Ações que visem o acompanhamento e a avaliação das ações em SM na AB;
- Criação de equipes de apoio matricial (p.479).

Segundo Hirdes e Scarparo (2015), em um contexto mundial, sempre se é defendido a inclusão da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, principalmente na APS, vindo ao encontro da integralidade da atenção preconizada pelo SUS e dos princípios e pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Para que se possa realizar essa articulação entre SM e APS, é necessário refletir sobre a intersetorialidade, uma vez que os serviços especializados de Saúde Mental devem interagir com os serviços da AB e a partir desta interação desenvolver em conjunto, estratégias e ações que visem o bem-estar do indivíduo principalmente nos transtornos relacionados a substâncias que em virtude da sua complexidade necessita de ações intersetoriais e multiprofissionais cada vez mais organizadas (HIRDES;SCARPARO, 2015).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* em sua quinta edição (DSM V), os transtornos relacionados a substância se caracterizam por um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que indicam o uso contínuo pelo indivíduo, ainda que tal atitude resulte em problemas significativos relacionados à substância (DSM – 5, 2014).

Tais transtornos abrangem cerca de 10 classes distintas de drogas, sendo elas: álcool, cannabis, alucinógenos, inalantes, opióides, hipnóticos e ansiolíticos, sedativos, cafeína, estimulantes, tabaco e demais substâncias. Pode-se afirmar que todas as drogas quando consumidas em excesso, tem uma ativação direta no sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido na produção de memórias e no reforço de comportamentos. Esses mecanismos de recompensa são produzidos de formas diferentes por cada substância, mas na maioria das vezes, elas ativam tal sistema e produzem sensações de prazer. Indivíduos com baixo nível de autocontrole são particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substâncias (DSM – 5, 2014).

Ainda segundo o DSM-5 (2014), transtornos relacionados a substâncias dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substância. As condições que podem ser classificadas como induzidas por substâncias são: intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos do sono, disfunções sexuais, delirium e transtornos neurocognitivos).

Já os transtornos relacionados ao uso de substâncias, conforme descrição no DSM-5 se dá por um padrão patológico de comportamento. Estas condições são divididas por critérios relacionados ao baixo controle, deterioração social, critérios farmacológicos e uso arriscado.

Quanto ao baixo controle sobre o uso da substância trata-se do primeiro grupo de critérios, sendo estes do número um ao quatro:

- Critério um: onde o indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores, ou em um período de tempo mais longo;
- Critério dois: o indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir o uso da substância, e com isso relatar diversas tentativas mal sucedidas para diminuir ou cessar o uso contínuo;
- Critério três: o indivíduo gasta muito do seu tempo para obter, usar, ou recuperar-se dos efeitos da substância;

- Critério quatro: manifestada por meio de desejo ou necessidade intensa de usar a substância em qualquer momento, chamada de fissura, que se caracteriza por uma forte necessidade de consumir a droga, não conseguindo se pensar em mais nada. Pode indicar também, como sinal de recaída iminente.

O prejuízo social, segundo grupo de critérios, do número cinco ao sete, sendo eles:

- Critério cinco: fracasso em cumprir tarefas no trabalho, escola ou em casa, devido ao uso recorrente de substâncias;
- Critério seis: uso contínuo de substância mesmo, com problemas sociais e/ou interpessoais persistentes, causados ou exacerbados pelos efeitos que a substância tem;
- Critério sete: abandono ou redução de atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa. Podendo por vezes se afastar da família com a finalidade do uso.

O uso arriscado da substância é caracterizado como terceiro grupo de critérios, sendo os números oito e nove:

- Critério oito: uso recorrente da substância em situações de risco a sua integridade física;
- Critério nove: apresenta algum problema físico ou psicológico causado pelo uso, tem ciência disso, e permanece em uso da substância.

Os critérios farmacológicos são o último grupo, sendo caracterizados pelos números dez e onze:

- Critério dez: tem o nome de tolerância, pelo fato de que uma dose maior da substância é necessária para obter o efeito desejado pelo indivíduo, ou seja, também pode ser descrita como o efeito reduzido da substância após o consumo de uma dosagem habitual do mesmo. Podendo variar de um indivíduo para outro, bem como, de substância para substância também.
- Critério onze: síndrome que ocorre quando as concentrações de determinada substância no corpo de um indivíduo que manteve uso intenso, estão diminuindo, chamada de abstinência.

Nesse sentido, considerando todos esses atributos dos transtornos relacionados a substâncias, destaca-se que um dos principais papéis do enfermeiro na implantação desse cuidado em saúde mental, é o de instrumentalização teórico e prática da sua equipe frente a esse indivíduo, ou seja, atuam como os agentes de mudança dentro daquele equipamento de saúde uma vez que, tem grande capacidade de investigação, prática e raciocínio clínico, proporcionando um melhor cuidado, além disso, é principalmente na capacitação e compartilhamento de saberes e habilidades que o enfermeiro torna-se uma ponte entre equipe da APS e o apoio matricial (SOARES, 2008).

Segundo Acioli et al, (2014), o enfermeiro tem na prática que é desenvolvida em unidades de saúde um grande desafio em implementar o cuidado em enfermagem na construção das relações interpessoais da escuta, do diálogo, do respeito e principalmente da humanização, uma vez que isso é considerado primordial pelo Ministério da Saúde, pelo fato deste ser o serviço porta de entrada para o Sistema Único de Saúde.

Dentre as várias atribuições de um enfermeiro na APS, as que mais se destacam como atividades privativas do enfermeiro são: a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e atividades educativas que englobam tanto os usuários quanto a equipe técnica do local (ACIOLI et al, 2014).

Na visita domiciliar é possível fazer a investigação das necessidades de saúde, a realização de atividades assistenciais (como por exemplo a realização de troca de cateter vesical de demora, curativos, entre outras práticas), a escuta ativa e qualificada das queixas do paciente e família, educação em saúde, e além de tudo, ainda se pode observar questões sociais, como estrutura física da casa, condições de higiene e alimentação, relações familiares, além de proporcionar um espaço de diálogo, atenção, intervenção e principalmente vínculo.

A educação em saúde é o lócus onde se encaixa a promoção da saúde, a prevenção e o controle de agravos, além das orientações sobre a realização de forma correta de procedimentos, podendo então ser realizada dentro de uma consulta de enfermagem de forma individual ou coletiva (como por exemplo, em um pré natal onde o parceiro ou alguém da família acompanham a gestante), pode ser feita também como

forma de palestras, grupos de saúde, conversas em salas de espera, além de capacitações da equipe, visando à melhoria do cuidado.

Acioli et al (2014), ainda descreve a consulta de enfermagem como o local onde se tem a oportunidade de acolher as demandas, avaliar condições de saúde físicas, mentais e emocionais, além de promover um espaço onde é possível conhecer o paciente mais profundamente, otimizando assim a forma de oferecer as orientações, fazendo com que essas sejam eficazes e tragam benefícios físicos, mentais e sociais para o usuário.

Com pessoas que utilizam substâncias psicoativas, o trabalho não é diferente, a consulta de enfermagem, pode não só abrir caminhos para tratamentos em serviços especializados, os quais contam com equipes multiprofissionais e capacitadas para o manejo deste usuário, como pode também nortear o cuidado desse indivíduo na APS. Uma vez que, a APS, sempre será a norteadora deste cuidado.

A Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o que organiza o trabalho profissional enquanto método, pessoal e instrumentos é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), esta que torna possível o Processo de Enfermagem, ferramenta que serve para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, tal resolução ainda, relata que em serviços ambulatoriais, o processo de enfermagem, será definido como a Consulta de Enfermagem (CE).

Especificamente na consulta de enfermagem, segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, a qual regulamenta a mesma como atividade privativa do profissional Enfermeiro, uma vez que esta deve conter: histórico de enfermagem, associado ao exame físico do indivíduo e neste caso também o exame mental, escolha dos diagnósticos de enfermagem pertinentes e mais emergentes para aquele momento, planejamento associado a prescrição de enfermagem, e posterior avaliação dos resultados.

A consulta de enfermagem da APS, voltada para a assistência em SM especificamente, deve ser utilizada como uma forma de organizar e documentar a prática do enfermeiro, mas acima disso, deve servir como subsídio para uma melhor oferta de cuidado, uma vez que é através dela que se identificam as necessidades

daquele indivíduo, promovendo então uma aproximação entre profissional/usuário, possibilitando a construção de vínculos terapêuticos.

A consulta de enfermagem então é entendida como um recurso importante, quando se leva em conta o princípio da integralidade da assistência a saúde quando se fala em abordagem psicossocial, em que o enfermeiro é um agente fundamental na equipe (ALMEIDA e MAZZAIA, 2018).

Diversos autores citam o uso de tecnologias em saúde, e sempre que se fala em atendimentos humanizados em SM, se usa a propedêutica de tais tecnologias, que podem ser leves, leves-duras e duras. A enfermagem, enquanto facilitadora dessa assistência humanizada dentro da APS, pode e deve fazer uso de tais tecnologias na realização das consultas de enfermagem.

Entende-se, portanto, como tecnologias leves de cuidado, aquelas que são baseadas nas relações interpessoais, como o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a promoção da autonomia do indivíduo. Deve-se levar em consideração que para o uso de tais ferramentas é necessário que haja uma construção mútua entre usuário/comunidade/equipamento de saúde.

Segundo Campos et al (2018) as práticas de acolhimento incorporam estratégias relacionais, importantíssimas para estabelecer vínculos através do diálogo e da compreensão das demandas do sujeito, o que possibilita promover um cuidado qualificado, porém, apesar de o acolhimento ser uma ferramenta importante para a qualificação do cuidado em SM, é preciso incluir demais ferramentas, como a resolutividade, corresponsabilização e integralidade.

Entende-se por vínculo, tudo aquilo que ata ou liga pessoas, indica relações de dupla via, o compromisso do profissional com o usuário e do usuário com o profissional.

Para a criação de vínculos é importante que haja movimento de ambos os lados, tanto do equipamento de saúde quanto do usuário do serviço. O estabelecimento do vínculo entre o profissional atuante no equipamento de saúde e com o usuário de saúde mental, traz uma maior resolutividade às demandas que aquele indivíduo tem, reforçando por vezes uma relação de confiança mútua, o que é de extrema importância para o cuidado em saúde mental (SIMÕES & MOREIRA, 2013).

Oliveira, Silva e Silva (2009), citam em seu artigo que a atuação da enfermagem em serviços que demandem atenção psicossocial é fundamental e essencial, pois geralmente é este profissional que sempre realiza a acolhida do usuário no serviço, criando vínculos afetivos, de escuta e de relações interpessoais entre usuários, familiares e comunidade.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de intervenção na qual entende-se como aquela que aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas convencionais, enquanto propõe uma atuação transformadora da realidade, já que esta traz como proposta uma intervenção consigo. É colocada em questão a construção de uma “atitude de pesquisa”, que irá, na maioria das vezes, radicalizar a idéia de interferência na relação do sujeito pesquisado.

Esta pesquisa tem então um caráter desarticulador das práticas e discursos normativos, tendo como fórmula o inverso do “conhecer para transformar”, sendo fundamentada pelo “transformar para conhecer” (ROCHA, 2003). Para tanto, foi escolhida como principal metodologia o 6W3H, uma ferramenta fortemente utilizada para organizar os resultados obtidos em um plano de ação.

As iniciais W e H se referem a palavras do inglês (what, who, when, where, why, whon, how, how much, how many), que tem como intuito fazer questionamentos de como o projeto será executado. A tabela abaixo explícita como foi desenvolvido o referido projeto:

Tabela 1 - Metodologia do projeto de intervenção 6W3H. Curitiba, 2020

6W3H	Definição
O que fazer	<ul style="list-style-type: none"> • Mapeamento e acompanhamento por meio da consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. • Elaborar um instrumento norteador para as consultas de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. • Levantar os diagnósticos de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias. • Propor intervenções de enfermagem na APS.

Por que fazer	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar benefício a pessoa com transtorno relacionado ao uso de substâncias com os cuidados de enfermagem prestados na APS; • Empoderar os enfermeiros com subsídios para elaborar planos de cuidados a nível da APS; • Minimizar os preconceitos; • Promover maior visibilidade da SM em equipamentos da APS;
Para quem fazer	Pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias
Quem irá fazer	Jessica Santos Ivacioki, Enfermeira Assistencial;
Como fazer	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de tabela para estabelecer mapeamento dos casos relacionados ao CID F10 a F19, mantendo-a atualizada sempre que necessário; • Elaboração de um instrumento norteador para a consulta de enfermagem específico a esta clientela; • Acompanhamento dos usuários classificados com o CID F10 a F19, através de uma consulta de enfermagem, sendo realizada periodicamente, conforme a necessidade de cada usuário e conforme a estratificação de risco dos transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas, desenvolvida pela Secretaria do Estado do Paraná (SESA-PR); • Levantamento dos diagnósticos de enfermagem; • Desenvolvimento de um plano de cuidados para cada participante conforme a sua necessidade de saúde; • Implementação e avaliação do plano de cuidados; • Reavaliação para acompanhamento;
Quando será	Maio a Novembro de 2020
Onde será	Unidade Saúde da Família
Quantas pessoas irão participar	Em média 20 indivíduos
Quanto irá custar	Não haverá custos

Fonte: a autora, 2020.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESCOLHIDA

A unidade de saúde escolhida para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção, opera no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se trata de um modelo de atenção que orienta o desenvolvimento de trabalhos das equipes na atenção básica, com as ações de saúde focadas na família, objetivando atender as necessidades da população a nível individual e/ou coletivo. Realizando também, programas com foco na educação em saúde, principalmente voltados ao público com maior vulnerabilidade ao processo saúde-doença, como os hipertensos, diabéticos, idosos, crianças, gestantes, entre outros (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS, 2018).

Esta unidade pertence à Regional 2 de Pinhais, além de se tratar de uma das unidades que possui duas equipes de ESF e uma equipe ESF com saúde bucal alocadas em seu espaço físico. Cada equipe é composta por: um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde; a terceira equipe ainda conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico em saúde bucal, além de um pediatra.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2018), 13.478 pessoas residem na área de abrangência da USF, sendo divididos em: 6.455 homens e 7.023 mulheres, porém, o número de usuários estimados que frequentam o local é de 9.435. No mês de julho de 2019 a unidade acompanhava aproximadamente 106 gestantes em acompanhamento médico e de enfermagem, 20 pacientes acamados eram acompanhados pela equipe em visitas domiciliares sendo apenas dois com idade inferior a 60 anos, e o restante todos idosos.

No ano de 2017 foram realizadas 577 visitas domiciliares. Em comparação à outros anos, ocorreu um declínio no número, o que pode ser justificado pela sobrecarga de tarefas nas unidades, que consomem grande parte do tempo, interferindo significativamente no número de pessoas assistidas pela visita domiciliar.

Por dia são realizadas cerca de 86 consultas médicas e de enfermagem, sendo destas, 20 programadas e o restante por demanda espontânea. Atualmente o equipamento está operando no modelo de acesso avançado, onde apenas os usuários vinculados há ações programáticas tem o agendamento realizado com antecedência. Com isso, o acolhimento passou a ser o primeiro contato do usuário com a equipe do

local. Para que esse método seja eficaz, o acolhimento precisa ter uma escuta qualificada em que se avalie a demanda e se há a real necessidade de consultar naquele mesmo dia.

No que se diz respeito à saúde mental o serviço pode realizar o encaminhamento de pessoas com transtornos mentais para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ad ou II do município. Nesses casos, a unidade deve realizar o primeiro acolhimento do usuário, para conhecer melhor o indivíduo e o seu território, elaborar a referência, e solicitar que o indivíduo se dirija ao equipamento de sua necessidade.

Além dos CAPS, a USF também pode encaminhar pacientes para o centro de especialidades, onde acontece o ambulatório de psicologia, nesses casos, é necessário encaminhar a referência para o setor de controle, avaliação e auditoria, e então quando houver disponibilidade de vaga para atendimento, será enviada uma guia de liberação de consulta para a unidade, a qual entrará em contato com o usuário.

Para o matriciamento, atendimento compartilhado de psiquiatria, a USF solicita ao centro de especialidades ou ao NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), que compatibiliza a agenda da unidade com a do profissional atuante, para um atendimento compartilhado entre médico clínico e médico psiquiatra.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas que pertenciam à área de abrangência da USF Vargem Grande. Foram incluídos aqueles com idade superior a 18 anos com diagnóstico médico estabelecido (F10 a F19).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da consulta de enfermagem, realizada em consultório reservado dentro da instituição, com horário agendado previamente e limite de 1 hora e 30 minutos de duração, devido aos atendimentos seguintes. Além disso, foi

solicitado a presença de ao menos um acompanhante, este sendo familiar ou não, para se necessário, conversa em conjunto.

Foram realizados 28 agendamentos de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, com contato prévio estabelecido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e via ligação telefônica, porém, devido a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, e incessantes interrupções de atendimentos eletivos como forma de contenção do vírus, foi possível a realização de apenas 8 atendimentos, sendo um deles interrompido no início, uma vez que o usuário apresentou sintomas respiratórios, e foi encaminhado para atendimento médico e posterior avaliação.

Em um primeiro momento do atendimento foi lido em conjunto com o usuário e o acompanhante, todo o TCLE, com a finalidade de informar o usuário sobre a realização do estudo, e em seguida, esclarecido todas as dúvidas de ambos. Na sequência, foi questionado ao usuário o desejo de participação. Logo, a amostra foi composta por sete participantes que concordaram em participar da pesquisa assinando o TCLE.

A coleta de dados foi constituída por dois momentos. No primeiro momento a consulta ocorreu apenas com o usuário presente, para a realização da anamnese completa e definição dos diagnósticos, em conjunto com as intervenções a serem realizadas, e em um segundo momento, foi solicitado a presença do acompanhante em questão para contestação de dados, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de informações sobre os atendimentos futuros e papel da rede de apoio social no auxílio da realização das intervenções construídas em conjunto profissional-usuário.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Vale ressaltar que este projeto respeita todas os critérios éticos, para tanto sendo aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR Sob o parecer nº 4.111.114.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 INSTRUMENTO NORTEADOR DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

Para que se alcance o cuidado integral e humano na consulta de enfermagem em SM, sem que aconteça algum desconforto para ambos os indivíduos, algumas diretrizes devem nortear a atuação do enfermeiro durante o atendimento, tais diretrizes apontadas a seguir por Bondan (2006): o usuário deve ser considerado como um ser holístico e portanto deve ser olhado como um todo; devem ser valorizadas acima de tudo as qualidades e recursos do sujeito e não apenas suas fragilidades e limitações; este deve ser aceito como ser humano com valores e dignidade; deverá ser explorado as necessidades de intervenções daquele indivíduo, sem qualquer tipo de julgamento ou crítica.

Assim, como já havia pensado Peplau (1952): “O enfermeiro possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre os usuários do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo”.

Para auxiliar no processo de criação do instrumento da presente pesquisa (APÊNDICE A), e nortear a consulta de Enfermagem de pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias, se traz a Teoria de Enfermagem de Hildegard Peplau, sendo esta a primeira pensadora da Enfermagem, a contemplar problemas psicossociais, valorizando as relações terapêuticas entre enfermeiro-indivíduo e/ou coletivo (PINHEIRO et al, 2019).

A teoria de Peplau tem a finalidade de explicar o processo interpessoal entre enfermeiro-indivíduo-comunidade, através de uma perspectiva psicodinâmica, trazendo a junção de conhecimentos da enfermagem com outras disciplinas de conhecimento.

A teorista buscou enfatizar, que enfermeiros e indivíduos têm uma possibilidade de construir algo em conjunto, sendo então um crescimento mútuo, e conseqüentemente fazendo com que haja um aprendizado com as experiências da relação terapêutica.

O processo de enfermagem que seja pautado no referencial teórico de Peplau, onde se prioriza as relações interpessoais, deve considerar bastante os aspectos da comunicação, sendo não apenas na dimensão verbal, mas também na expressão corporal dos indivíduos e nas expressões racionais ou irracionais de vontades e desejos, dando por vezes oportunidades ao indivíduo de falar sobre si tendo plena ciência do que está sendo dito, e a partir disso, ajudá-lo no surgimento de novas formas de pensar e perceber seu estado atual (PINHEIRO et al, 2019).

Peplau traz consigo quatro fases, que na perspectiva da mesma, fazem parte da relação terapêutica, sendo elas: orientação, identificação, exploração e resolução, as quais, foram utilizadas para o desenvolvimento do instrumento norteador em questão, e que, estão descritas individualmente a seguir:

5.1.1 Orientação

Trata-se do momento em que as pessoas ainda são desconhecidas, e a realidade a ser enfrentada também é desconhecida, portanto, devem-se identificar as necessidades daquele indivíduo, através de estratégias de comunicação compreensíveis, transformando sentimentos de tensão e ansiedade, em algo produtivo que possa auxiliar no desenvolvimento de sua personalidade;

Desta forma escolheram-se as seguintes variáveis para contemplar essa fase:
Queixa principal (motivo da procura do atendimento):

- Nome:
- Idade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Reside com quantas pessoas e quem são:
- Possui filhos? Quantos:
- Está empregado no momento? Qual é a ocupação?
- Está recebendo algum benefício concedido pelo estado ou município? Qual:

Além dos dados sociodemográficos essenciais para a identificação, é de extrema importância durante o atendimento de enfermagem a investigação do histórico clínico do indivíduo, com a finalidade de aprofundar-se mais no modo de funcionamento do usuário e obter o máximo de informações possíveis. Segundo Peplau (1952), a investigação do histórico tanto clínico quanto de saúde mental devem sempre iniciar o processo da consulta de enfermagem, uma vez que, ambos funcionam como auxiliares na identificação dos diagnósticos de enfermagem, posteriormente.

Bolsoni et al (2016), reforçam ainda que o histórico de enfermagem, baseado na história clínica e de saúde mental do paciente deve ser realizado em todos os atendimentos uma vez que este é o levantamento de dados sobre o paciente, sendo o primeiro passo do método científico para um atendimento de qualidade. Na consulta de enfermagem em SM, ainda é de extrema relevância a investigação do histórico clínico do indivíduo devido a vasta gama de complicações que o uso de álcool e outras drogas trazem consigo, como: doenças hepáticas, cardíacas, renais e etc.

Histórico clínico:

- Cirurgias prévias:
- Internamentos clínicos prévios? Qual motivo:
- Comorbidades associadas:
- Uso contínuo de medicações:
- Prática de atividade física:
- Padrão de alimentação:
- Eliminações fisiológicas:

Em casos de mulheres

- Uso de métodos contraceptivos:
- Última coleta do exame citopatológico:
- Última realização do exame de mamas - Mamografia (para mulheres acima de 50 anos):

Kessler et al (2010), trazem que a importância de uma anamnese completa e com todas essas informações auxilia na avaliação da gravidade de dependência, assim como também na identificação de comprometimento dos aspectos físicos, sociais e

psicológicos da vida do indivíduo. Portanto a importância de investigar o histórico de saúde mental do usuário, com a especulação de internações anteriores, tratamentos já realizados, motivos de internações assim como suas durações, quais substâncias faz uso, há quanto tempo iniciou uso de SPA, e etc, é a de que é possível estabelecer um elo entre a queixa principal do usuário, e a sua vida atual, possibilitando intervenções mais pontuais.

Histórico de saúde mental:

- Histórico de internamentos prévios:
- Qual o motivo do internamento:
- Quando foi:
- Onde foi:
- atendimentos anteriores em equipamentos de saúde mental:
- Histórico de doença mental na família
- Quando iniciou o uso de substâncias psicoativas:
- Já fez uso de quais substâncias (incluir usos experimentais):
- O que mantém em uso, quantidade e frequência de uso da substância:
- Uso de tabaco? Quantidade:
- Já deixou de realizar atividades do cotidiano por conta do uso:
- Fissura:
- Crises de abstinência:
- Tolerância de uso, percepção de que precisa sempre de doses maiores:
- Histórico de tentativas de suicídio:
- Ideação suicida atual:
- Planejamento:

Além das etapas de investigação clínica e de saúde mental do usuário, através do diálogo, é preciso unir a percepção do profissional além de dados vitais concretos, parte esta desenvolvida pela avaliação física do sujeito. Bolsoni et al (2015), entendem que o exame físico é considerado uma ferramenta importante, pois a pessoa em sofrimento psíquico ou em uso de substâncias apresenta com maior frequência patologias clínicas, além do fato de que a realização do exame físico faz com que haja

uma aproximação do usuário e do profissional, favorecendo a criação de vínculo com o usuário, que como já citado anteriormente é um fator indispensável durante o atendimento.

Avaliação física

Sinais vitais

Exame físico geral

Exame mental

Avaliar:

- Aparência: odor, situação de saúde, expressão facial, sinais de ansiedade, extremos de manifestações emocionais (tristeza, raiva, inquietação, alegria exagerada);
- Padrão de sono: em excesso ou em estado de insônia
- Psicomotricidade: marcha, hiperatividade, hipoatividade, tremores, movimentos involuntários;
- Consciência: consciente, orientado em tempo e espaço, delirante, lúcido;
- Atenção: concentrado, distraído;
- Sensopercepção: presença de alucinações auditivas e/ou visuais;
- Memória: preservada ou prejudicada;
- Humor: disfórico, eufórico, exaltado, lábil;

5.1.2 Identificação

Nesta fase, o indivíduo pode ter no enfermeiro uma figura, símbolo ou representação, a partir do que ele teve como experiência passada, nesta fase, é bem importante o trabalho do enfermeiro quanto a autonomia do sujeito, trabalhando com bastante ênfase nas relações de dependência e independência. Essa fase, primordialmente, fará com que o processo desenvolva préconcepções de ambas as

partes e direcionar então para uma relação de aprendizagem que está sendo construída mutuamente.

Nesse momento se estabelece os Diagnósticos de enfermagem enquadrados no CIPESC.

5.1.3 Exploração

Fase em que o indivíduo consegue ser mais autônomo em seu processo de tratamento, fazendo escolhas e uso do que o serviço tem a lhe oferecer. O papel do enfermeiro nesta fase, é de continuar esclarecendo, escutando e estabelecendo metas novas, além de promover a satisfação em relação às demandas trazidas pelo indivíduo. Nesta fase são estabelecidos as prescrições, orientações de enfermagem e conduta adotada.

5.1.4 Resolução

Esta última fase é caracterizada pela solução ou não do problema estabelecido na fase de orientação, além da desvinculação gradual das demais pessoas envolvidas no processo terapêutico, trabalhando assim a autonomia e independência do indivíduo. Nesta fase, o enfermeiro ainda se mantém disponível para ajudar, quando necessário, mas de certa forma tenta consolidar em conjunto família-usuário, objetivos de uma vida comunitária e ocupacional (PINHEIRO et al, 2019).

Nesse momento ocorre a reavaliação do plano de cuidados ofertado anteriormente, adequação caso haja necessidade para o período atual, além de corresponsabilizar a família com o cuidado do indivíduo, incluindo-os no tratamento.

5.2 MAPEAMENTO DOS PARTICIPANTES

Na Tabela 2, podemos observar a quantidade de pessoas em uso de substâncias, e que pertencem ao território da USF. Estas estão agrupadas conforme o CID que se encontra no prontuário eletrônico, sendo os mais prevalentes o F10.2, o qual diz respeito aos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool (síndrome de dependência), e o F19.2 que se refere aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (síndrome de dependência).

Tabela 2. Número de pessoas com CID de uso de substâncias no prontuário eletrônico WINSAÚDE, pertencentes à área de abrangência da USF. Pinhais, 2020

Usuários em uso de substância cadastrados na USF	CID com maior prevalência	Maior prevalência segundo o gênero
41	F10.2 - 57,5%	Masculino - 85%
	F19.2 - 42,5%	Feminino - 15%

Fonte: WinSaúde, prontuário eletrônico, 2020.

Além do número de usuários encontrados com cadastramento de CID em prontuário eletrônico, foi possível identificar cerca de mais 20 usuários do serviço através de relatos fornecidos pelos Agentes Comunitários, que estão em contato com o território constantemente, de indivíduos com prejuízos ocasionados pelo uso de substâncias e que jamais haviam buscado atendimento de saúde com foco nessa problemática.

Através dessas informações foram realizadas as visitas e contatos telefônicos com a finalidade de oferecer atendimento a estes usuários, porém, como já relatado anteriormente, devido a pandemia do novo coronavírus, os atendimentos ocorreram de forma muito restrita, ocasionando em uma amostra de 7 indivíduos.

Além disso, foi desenvolvido tabela em arquivo de drive, com número do usuário no sistema WIN, nome, idade, sexo, CID previamente identificado ou não por

profissional de nível superior, se já realizou algum atendimento de SM no município, cor da microárea onde o mesmo reside e identificação do ACS da microárea.

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudo destaca que, cinco eram do sexo masculino, e dois do sexo feminino, e todos com idade acima de 40 anos. Os principais diagnósticos médicos encontrados foram o F10.2 que diz respeito ao uso de álcool, e o F19.2, que é sobre o uso de múltiplas substâncias. Quanto a escolaridade, cerca de 72% da amostra tem apenas o ensino fundamental incompleto, 14% tem o ensino superior incompleto e 14% chegaram a concluir o ensino superior.

Apenas um dos participantes é aposentado, um se encontrava desempregado, e os demais tinham empregos informais, sem carteira assinada. Beck e David (2007) relatam que o uso constante e abusivo de substâncias, faz com que haja interferência no modo de viver do indivíduo, alterando sua qualidade de vida, nos âmbitos sociais, familiares e orgânicos. As autoras trazem ainda, quatro fatores que reiteram a exclusão do usuário de substância, tais quais [...] a associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência; os estigmas atribuídos aos usuários, promovendo a sua segregação; a ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada; e, a inclusão no tráfico como estratégia de geração de trabalho e renda.

Desta forma, considerando o supracitado, suspeita-se que a baixa escolaridade e conseqüentemente o trabalho informal pode ser consequência dessa exclusão social, fato que pode ser encontrado em diversos outros estudos, nacionais e internacionais.

No que se diz respeito a saúde dos participantes, três deles afirmaram ter alguma comorbidade associada, sendo estas: Doença Degenerativa em Coluna, Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cirrose Hepática e Esquizofrenia.

Nesse sentido, Almeida (2006), afirma que o uso de álcool de maneira exacerbada, pode provocar diversas disfunções como a hipertensão, cirrose, infarto e etc.

Com relação a uso de medicação, sendo estas psicotrópicas ou não, dois participantes relataram não fazer uso de nenhuma medicação, três fazem uso de quatro tipos de medicações, um faz uso de cinco tipos de medicações e um faz uso de seis ou mais medicações.

Na Tabela 3, podemos visualizar quais os tipos de medicações utilizadas pelos participantes da pesquisa, separadas em psicotrópicos e medicações para auxílio na parte clínica do indivíduo. Apenas um dos participantes afirmou fazer uso das medicações de maneira correta com relação a horários e quantidades.

Tabela 3. Medicações em uso pelos participantes do estudo. Curitiba, 2021

MEDICAÇÕES DE SM	MEDICAÇÕES CLÍNICAS
Carbamazepina	Losartana
Diazepam	Hidroclorotiazida
Clorpromazina	Glicosamina
Fluoxetina	Sinvastatina
Ácido valpróico	

Fonte: a autora, 2021.

Alguns fatores podem contribuir para a não adesão às medicações pelos usuários, tais como: esquecimento, fatores emocionais, ou até mesmo a impossibilidade de acesso a medicação prescrita ou todo o processo que se precisa desenvolver para que a medicação chegue até as mãos do indivíduo, alguns ainda contestam a real eficácia da medicação frente ao seu problema, e, por vezes a má orientação por parte dos profissionais influencia na gestão do usuário com as medicações.

Segundo Cunha et al (2012 p 1436) “[...] o uso correto dos medicamentos pode ser prejudicado pela comunicação ineficaz entre profissionais e pacientes, muitas vezes as informações são insuficientes, e não atendem as especificidades do tratamento prescrito”.

Com relação ao padrão de alimentação, apenas um dos participantes relata fazer três ou mais refeições ao dia, dois fazem apenas duas refeições ao dia, e dois, relataram fazer apenas uma refeição ao dia, e que por vezes, deixam de se alimentar para fazerem uso de álcool. Sobre sono e repouso, mais de 80% dos participantes

relataram perceber alterações no ciclo sono-vigília quando em uso, apenas um, negou alterações.

Dos sete participantes do estudo, ao menos seis já realizaram tratamentos prévios não hospitalares, um deles ainda mantém tratamento em CAPSad do município, um relata nunca ter buscado nenhum tratamento de saúde em serviços não hospitalares até então. Todos relataram já ter passado por algum internamento psiquiátrico em regime integral, seis deles por pelo menos quatro vezes, e todas de maneira voluntária, e um por mais de 10 vezes, variando entre internações voluntárias e involuntárias.

Cerca de seis dos sete participantes afirmaram ter familiares consanguíneos que fazem uso de alguma substância. Diversos estudos trazem consigo o fator genético como um fator de risco para o uso e abuso de álcool.

Quando se fala em idade de início do uso de SPA, três participantes iniciaram o uso entre os 7 e 17 anos, dois entre os 18 e 28 anos e dois após os 29 anos de idade. Além disso, seis relataram uso de múltiplas drogas ao decorrer dos anos, porém, atualmente os sete se mantêm em uso apenas de álcool de maneira abusiva e todos fazem uso de tabaco, e relatam que o álcool na maioria das vezes se torna um gatilho para o uso do cigarro, ou vice e versa.

Segundo Laranjeira e Madruga (2014), cada vez mais as pesquisas evidenciam que em média cerca de 67 milhões de pessoas fazem o consumo de álcool regularmente, das quais pelo menos 17% apresentam uso abusivo ou dependência da substância. Como já mencionado anteriormente no presente trabalho a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que atualmente existem cerca de dois bilhões de pessoas no mundo todo que fazem uso de bebidas alcólicas, e que, cerca de 76,3 milhões dessas pessoas têm algum diagnóstico relacionado ao consumo de álcool. Ainda segundo a OMS, a população brasileira se encontra entre os países com maiores consumos de álcool (WHO, 2004).

Quatro dos sete participantes percebem grandes mudanças de humor quando em uso de álcool, três negam alterações, porém, durante todo o atendimento tiveram oscilações bruscas de humor. Quando questionados sobre fissura para uso, ou crises de abstinência, três negaram qualquer tipo de sinal/sintoma de abstinência e/ou fissura,

três queixaram-se de sintomas intensos como: tremores, sudorese, alteração no ciclo sono-vigília, e, um dos participantes relatou que nunca conseguiu permanecer mais de 24 horas sem uso da substância para que pudesse sentir fissura ou ter uma crise de abstinência. Seis dos sete participantes relataram já terem tido alguma alteração sensorial, sendo elas visuais e/ou auditivas, um deles negou já ter acontecido.

Quando se fala em uso de SPA, se interliga o histórico de tentativas de suicídio do indivíduo em questão. Dos sete participantes, ao menos cinco relataram já terem realizado tentativas de suicídio por pelo menos 3 vezes, o restante relatou nunca ter tentado, mas que ao menos uma vez, mesmo que durante o uso, já pensaram em tirar a própria vida. Félix et al. (2018), relatou em seu estudo que o uso abusivo de substâncias psicoativas dobram as chances de tentativas de suicídio, ou seja, destaca ainda que o uso abusivo de drogas causa alterações comportamentais que influenciam na manifestação de transtornos mentais, que quando associados ao uso, podem potencializar o risco para suicídio.

Em atendimento presencial, respeitando todas as normas estabelecidas pelo governo do Estado com relação à COVID-19, foram observados pela profissional, tais pontos: ao menos quatro dos participantes apresentaram alteração na Pressão Arterial (PA), sendo um deles, encaminhado para consulta médica após o atendimento para avaliação; três deles apresentaram odor etílico e sinais de intoxicação no momento do atendimento; ao menos seis, apresentaram sinais característicos de ansiedade; um apresentou discurso delirante e hipersexualização; todos demonstraram prejuízos em memória de longo prazo; e, seis apresentaram oscilações de humor bastante significativas, principalmente quando na presença de familiares.

Com relação aos sete participantes, destaca-se que as principais queixas apresentadas, que os motivaram a buscar atendimento e conseqüentemente participarem da pesquisa foram:

- Diminuir o uso da substância em questão;
- Realizar a substituição da substância atual em uso, para outra considerada mais “leve”, como uma estratégia de redução de danos;
- Cessar o uso de vez da substância.

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES

Durante os atendimentos, foi possível levantar ao menos três diagnósticos de Enfermagem enquadrados na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), que estariam mais latentes e com necessidade de intervenção imediata, no momento do atendimento, para cada participante. Quatro diagnósticos foram recorrentes em pelo menos 70% dos participantes e foram listados na Tabela 4, conforme linha de prioridade adotada durante os atendimentos.

Tabela 4. Diagnósticos de Enfermagem segundo CIPESC. Curitiba 2021

Código do diagnóstico no CIPESC	Diagnóstico segundo CIPESC
140700	Uso de álcool e outras drogas
150200	Controle do regime terapêutico inadequado
210200	Relacionamento familiar conflituoso
31200	Emagrecimento

Fonte: a autora, 2021

A ordem adotada dos diagnósticos encontrados durante os atendimentos se deu pelo de maior prioridade naquele momento, para o de menor prioridade, assim como as intervenções partiram do mesmo pressuposto. Todos os participantes da pesquisa trouxeram queixas parecidas e relacionadas ao uso do álcool, sendo estas, orgânicas, sociais ou familiares. Portanto, o diagnóstico de código 140700 e com a nomenclatura de Uso de Álcool e outras Drogas, é o de maior prevalência entre os participantes.

O segundo diagnóstico encontrado foi o 150200 - Controle de Regime Terapêutico Inadequado, onde apenas um dos participantes relata fazer uso correto de todas as medicações prescritas pelos médicos, estas psicotrópicas ou para o manejo de sua comorbidade, enquanto os demais negam uso de medicações, ou fazem a

administração incorreta. O que faz com que esse diagnóstico seja o segundo com maior prevalência na amostra de participantes, é que inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para o manejo da situação de saúde do indivíduo. Salles e Silva (2017) reforçam mais uma vez, que posturas pouco acolhedoras dentro dos serviços de saúde, auxiliam na manutenção inadequada do usuário com sua terapêutica.

O não pertencimento do usuário a um meio social devido ao seu uso, também é considerado um fator importante que contribui para esse controle inadequado, ou seja, as relações interpessoais de indivíduos que fazem uso de substâncias de maneira nociva são diretamente afetadas de maneira negativa, ocasionando em um isolamento social do indivíduo, que por vezes, abandona o tratamento (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Além disso, a ausência de autonomia por parte dos usuários faz com que essa adesão ao tratamento seja ainda mais dificultosa.

Como terceiro diagnóstico com maior prevalência dentro do estudo, e sendo um dos pilares para auxílio na manutenção da saúde do indivíduo, foi destacado o diagnóstico 210200 - Relacionamento Familiar Conflituoso, onde, como já citado anteriormente neste estudo, uma das redes de apoio de maior importância para auxílio do usuário em uso e abuso de SPA, é a familiar, porém, diversos autores trazem consigo que o manejo de uma pessoa em uso abusivo de álcool dentro do contexto familiar, por vezes acaba adoecendo também o cuidador.

Seguindo a linha, o quarto diagnóstico de maior prevalência foi o 31200 - Emagrecimento, onde apenas um dos participantes relata padrão de alimentação correto, sendo feito ao menos 3 refeições ao dia, sendo que os demais se alimentam de maneira inadequada ou insuficiente.

Pratta e Santos (2009), relatam que os usuários de substâncias tem a mesma como prioridade em sua vida, consumindo-a de maneira constante, e portanto, deixando de realizar até mesmo atividades básicas de sobrevivência, como a alimentação. Essa questão pode afetar o estado nutricional do usuário, tendo como consequência o emagrecimento e a desnutrição, devido a pouca ou quase nula ingestão de alimentos durante o período de uso.

Além disso, a grande maioria dos usuários de SPA não se alimenta de maneira adequada pela debilidade e alteração de apetite.

Após os diagnósticos de enfermagem terem sido encontrados, cada participante recebeu orientações e prescrições pertinentes aos seus diagnósticos e necessidades de saúde atuais. As principais orientações e prescrições fornecidas aos participantes foram:

- Orientação sobre realizar a administração correta das medicações, conforme orientação médica sobre horários e quantidades;
- Orientação sobre comparecer a todos os atendimentos agendados em serviços de saúde;
- Orientação sobre como realizar o manejo durante crises de abstinência ou fissura para uso com ajuda de familiares se necessário ou acionar equipe de saúde;
- Orientação sobre diminuição do uso gradual da substância, ou, substituição de substâncias mais fortes, por outras com teores alcoólicos menores, como estratégia de redução de danos;
- Orientação sobre aumento de ingestão hídrica e importância da alimentação em conjunto com o tratamento;
- Orientação sobre os riscos de ingestão de álcool em conjunto com as medicações;
- Solicitação de exames laboratoriais de rotina para acompanhamento;
- Orientação sobre demais serviços disponíveis no município para busca do usuário, enquanto rede de apoio;
- Encaminhamento para atendimento de psicoterapia individual;
- Encaminhamento do familiar em sofrimento para atendimento de psicologia;
- Orientação de retorno sempre que achar necessário, e de preferência em menos de 15 dias.

Com o auxílio do instrumento, foi possível abordar toda e qualquer necessidade que o usuário trazia consigo para dentro do serviço de saúde, perpassando por todos os âmbitos da sua vida, desde o social, familiar e de saúde. Podendo, portanto, auxiliar de maneira eficaz os profissionais de enfermagem no atendimento de pessoas em uso de substâncias, pois, de acordo com Beck Júnior (2010, p 26) “os enfermeiros são os profissionais que mantém o contato maior com os usuários dos serviços de saúde, e

tem um potencial imenso para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas de possivelmente desenvolver ações assistenciais”.

Por fim, destaca-se que a APS tem um papel fundamental na criação de vínculo com esses indivíduos, com a finalidade de oferecer acompanhamento de saúde que cada indivíduo necessita. Além da criação de vínculo, a APS tem ainda o dever de prestar todo atendimento de saúde necessário para a manutenção do processo saúde-doença, uma vez que está estabelecido na Constituição Federal de 1988, art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, é possível perceber o porque a realização do acompanhamento de usuários de substâncias na APS, através de consultas de enfermagem é tão importante, uma vez que apenas assim será possível fornecer um cuidado integral e humanizado para estes indivíduos, além de estabelecer vínculos entre os mesmos e os equipamentos de saúde existentes na rede, com a finalidade de uma assistência digna, assim como de outros cidadãos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos propostos neste estudo, tais quais: Construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; Identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; e, propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, compreende-se que foram alcançados.

Através da aplicação do instrumento, foi possível realizar a coleta de dados completa do indivíduo, sendo abordados todos os aspectos de vida do indivíduo, desde informações pessoais, até sobre o seu convívio social, e com isso, identificar os diagnósticos pertinentes e mais latentes para então a realização das orientações.

Os resultados do presente estudo apontam a prevalência de indivíduos do sexo masculino e que mantêm o uso de álcool de maneira prejudicial à saúde. Além de deixar evidente a relação entrelaçada entre o álcool e o tabaco.

Conclui-se então que é de extrema importância o acompanhamento dos usuários nos serviços da APS, porém, ainda se reforça o quanto a APS ainda é frágil quando se fala no acompanhamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias, e pela dificuldade dos profissionais em conduzir uma consulta de enfermagem com esse tipo de público.

Reforço ainda a necessidade de olhar para além do uso do indivíduo, e observar todos os fatores que nele englobam, uma vez que aquela pessoa é muito mais que apenas um transtorno relacionado ao uso de substâncias.

REFERÊNCIAS

1. ACIOLI, et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 set/out;
2. ALMEIDA, JAF; COSTA, A. Alcoolismo. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Reviva, 2006.
3. ALMEIDA, PA; MAZZAIA, MC. Nursing Appointment in Mental Health: experience of nurses of the network. Rev Bras Enferm. 2018
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre : ARTMED, 2014, 5a. ed.
5. BECK JUNIOR, Aldo. Dependências do Crack: repercussões para o usuário e sua família. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24707/000748967.pdf?sequence=1>> Acesso: Jun. 2012.
6. BECK, Lucia Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 706 - 11.
7. BOLSONI, et al. Consulta de enfermagem em saúde mental na atenção primária em saúde. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. out.-dez. 2015;11(4):199-07
8. BOLSONI, et al. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Out.-Dez. 2016;12(4):249-59
9. BONDAN, RMM. CONSULTA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL Sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau. Rio Grande. Março de 2006
10. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
11. BRASIL. Lei nº 8,080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set 1990.
12. CAMPOS, DB; BEZERRA, IC; JORGE, MSB .Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018
13. CUNHA, et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes de da Estratégia Saúde da Família. Rev. esc. Enferm. USP [online],v.46, n. 6, p. 1431 – 1437, 2012.

14. Felix, TA; Oliveira, EN; Lopes, MVO; Dias, MAS; Parente, JRF; Moreira, RMM. (2018). Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. *Enfermería Global*; 18(1): 373-416. Recuperado em 23 março, 2020, de: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.304491>.
15. HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):383-393, 2015.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Distrito Federal, 2003.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. ICICT/FIOCRUZ, 2017.
18. OLIVEIRA, FB; SILVA, KMD.; SILVA, JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. *Rev Gaúcha Enfermagem*. (Online), v. 30, n.4, p. 692-9, 2009.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 : Classificação Internacional de Doenças. São Paulo : EDUSP, 1994, 1ª ed.
20. PEPLAU, Hildegard. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1952.
21. PINHAIS. Plano Municipal de Saúde de Pinhais (2018 – 2021). Disponível em: <http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/FreeComponent84content13593.shtml>. Acesso em: 01 de maio de 2019.
22. PINHEIRO, et al. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm. Foco* 2019; 10 (3): 64-69
23. PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.
24. Relatório Mundial sobre Drogas: 2019. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019> > Acesso em: 15 de abril de 2020
25. ROCHA, Marisa Lopes. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2003, 23 (4), 64-73
26. SAAD, A. C. (2001). Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. Rio de Janeiro: IPUB, CUCA, 11-33.
27. SALLES, D.B; SILVA, M.L. Percepção de profissionais da área da saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSad. 2017. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(2).

28. SANTOS, Francéli Francki dos; FERLA, Alcindo Antônio. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)* [online]. vol.21, n.63, pp.833-844, 2007.
29. SILVA, et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery, Curitiba*, v. 14, n. 3, p.585-590, 2010.
30. SIMÕES, WMB; MOREIRA, MS. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Enfermagem Revista*. V. 16. Nº 03. Set./Dez. 2013
31. SOARES, Marcos Hirata. A inserção do Enfermeiro Psiquiátrico na equipe de apoio matricial em saúde mental. *Revista Eletrônica Saúde Mental álcool e drogas* [online]. Vol 4, n.2, artigo 5, 2008.
32. SOUZA, J; KANTORSKI, L.P; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 2(1), 0. 2006.
33. TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.14, n.2, pp.477-486, 2009.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.
35. MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 4(2), 01-19. 2008
36. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
37. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.
38. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986.**
39. WHO. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: WHO; 2004
40. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014
41. KESSLER, et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escada de Gravidade de Dependência. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA APS COM INDIVÍDUOS EM USO DE SUBSTÂNCIAS

S#

1º Primeiro passo: ORIENTAÇÃO (Coleta de dados)

Queixa principal (motivo da procura do atendimento):

- Nome:
- Idade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Reside com quantas pessoas e quem são:
- Possui filhos? Quantos:
- Está empregado no momento? Qual é a ocupação?
- Está recebendo algum benefício concedido pelo estado ou município? Qual:

Histórico clínico:

- Cirurgias prévias:
- Internamentos clínicos prévios? Qual motivo:
- Comorbidades associadas:
- Uso contínuo de medicações:
- Prática de atividade física:
- Padrão de alimentação:
- Eliminações fisiológicas:

Em casos de mulheres

- Uso de métodos contraceptivos:
- Última coleta do exame citopatológico:
- Última realização do exame de mamas (para mulheres acima de 45 anos):

Histórico de saúde mental

- Histórico de internamentos prévios:
- Qual o motivo do internamento:
- Quando foi:
- Onde foi:
- Atendimento anteriores em equipamentos de saúde mental:
- Histórico de doença mental na família
- Quando iniciou o uso de substâncias psicoativas:
- Já fez uso de quais substâncias (incluir usos experimentais):
- O que se mantém em uso? Qual a frequência:
- Uso de tabaco? Quantidade:
- Já deixou de realizar atividades do cotidiano por conta do uso:
- Fissura:
- Crises de abstinência:
- Tolerância de uso, percebe que precisa sempre de doses maiores:
- Histórico de tentativas de suicídio:
- Ideação suicida atual:
- Planejamento:

O#

Sinais vitais

Exame físico geral

Exame mental

Avaliar:

- Aparência: odor, situação de saúde, expressão facial, sinais de ansiedade, extremos de manifestações emocionais (tristeza, raiva, inquietação, alegria exagerada);
- Padrão de sono: em excesso ou em estado de insônia
- Psicomotricidade: marcha, hiperatividade, hipoatividade, tremores, movimentos involuntários;
- Consciência: consciente, orientado em tempo e espaço, delirante, lúcido;

- Atenção: concentrado, distraído;
- Sensopercepção: presença de alucinações auditivas e/ou visuais;
- Memória: preservada ou prejudicada;
- Humor: disfórico, eufímico, exaltado, lábil;

A#

2º Passo: IDENTIFICAÇÃO

Diagnósticos de enfermagem levantados durante o atendimento, e enquadrados no CIPESC

P#

3º Passo: EXPLORAÇÃO

Prescrições, orientações de enfermagem e conduta adotada.

4º Passo: RESOLUÇÃO

Reavaliação do plano de cuidados ofertado anteriormente, adequação cas haja necessidade para o período atual, além de corresponsabilizar a família com o cuidado do indivíduo, incluindo-os no tratamento.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias em uma unidade estratégia de saúde da família: um projeto de intervenção.

Eu, Jessica Santos Ivacioki – Enfermeira Residente em Saúde Mental, estou convidando você a participar de um estudo intitulado “Consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias em uma unidade estratégia de saúde da família: um projeto de intervenção”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

- a) Os objetivos desta pesquisa são: Construir um instrumento norteador a ser utilizado na consulta de enfermagem para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; identificar os diagnósticos de enfermagem atribuídos a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias; propor intervenções de enfermagem a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você durante a realização da consulta de enfermagem, está que não tem limite de tempo de duração.
- c) É possível que o experimente algum desconforto, principalmente relacionado a recordar as situações que você viveu;
- d) A sua participação na pesquisa implica no risco de lembrar e/ou verbalizar situações vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e melhorar a adesão ao tratamento, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.
- f) A pesquisadora Jessica Santos Ivacioki, responsável por este estudo poderá ser localizada na Unidade de Saúde de Família Vargem Grande, Rua Guilherme Ceolin, 551 – Vargem Grande/Pinhais-PR, pelos telefones, (41) 3912-5353 (41)99529-2861, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: ivaciokijessica@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal - _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE - _____
Orientador - _____

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

i) O material obtido – informações cedidas pessoalmente e dados do prontuário - será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado – os materiais físicos serão destruídos por máquina de cortar o papel e os arquivos digitais serão excluídos permanentemente dentro de cinco anos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSH-SESA/HT) pelo telefone (41) 3212-5871.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento.

Eu concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Pinhais, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Jessica Santos Ivacioki

Pesquisadora Responsável