

THAÍS ANDREA DE OLIVEIRA MOURA

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE
ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES DO ADICTO - AENA**

RECIFE

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

THAÍS ANDREA DE OLIVEIRA MOURA

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES DO ADICTO - AENA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado e
Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco, como requisito
para obtenção do título de Mestre
Área de Concentração: Neuropsicopatologia

Aluna: Thaís Andrea de Oliveira Moura

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Rute Cândida Pereira

RECIFE

2016

M929d Moura, Thaís Andrea de Oliveira.
Desenvolvimento e validação da avaliação de enfermagem das necessidades do adicto - AENA / Thaís Andrea de Oliveira Moura. – 2016.
75 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Protocolos. I. Lima, Murilo Duarte da Costa (Orientador).
II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-196)

**Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
e Ciências do Comportamento**

ATA DA CENTÉSIMA OCTAGÉSIMA TERCEIRA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, NO DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2016.

Aos três dias do mês de fevereiro de dois mil e dezesseis, às 08:00 horas, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa da Dissertação intitulada **“DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES DO ADICTO - AENA.”** da aluna THAÍS ANDRÉA DE OLIVEIRA MOURA, na área de concentração de Neuropsicopatologia, sob a orientação da Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima. Cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de Mestre do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. A Banca Examinadora foi indicada pelo colegiado do programa de pós-graduação em 16/12/2015, na sua 4ª Reunião e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo Nº23076.001170/2016-07 em 19/01/2016 composta pelos Professores: Reginete Cavalcanti Pereira, do Departamento CODAI da Universidade Federal Rural de Pernambuco; Selene Cordeiro Vasconcelos, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba; Maria Lúcia Gurgel da Costa, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco. Após cumpridas as formalidades, a candidata foi convidada a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, a candidata foi argüida pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder o mesmo a menção (Aprovado/Reprovado/em exigência) APROVADO da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretária da Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 03 de fevereiro de 2016.

Solange de Lima Martins

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Lúcia Gurgel da Costa – CPF Nº: _____

Profª Drª Reginete Cavalcanti Pereira - CPF Nº: _____

Profª Drª Selene Cordeiro Vasconcelos - CPF Nº: _____

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES DO ADICTO - AENA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre na Área de Concentração de Neuropsicopatologia

Aluna: Thaís Andrea de Oliveira Moura
Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Rute Cândida Pereira

Defesa em 03 de fevereiro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa.
Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento - Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr^a. Selene Cordeiro Vasconcelos
Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria
da Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr^a. Reginete Cavalcanti Pereira
Colégio Agrícola Dom Agostinho Ikas – Universidade Federal Rural de
Pernambuco

Suplente

Prof^a. Dr^a. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes
Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento - Universidade Federal de Pernambuco

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Profª. Drª. Florisbela Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DIRETOR

Prof. Nicodemos Teles Pontes Filho

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA
DIRETOR

Prof. José Francisco Albuquerque

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS
DO COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Prof. Marcelo Moraes Valença

VICE-COORDENADORA

Profª. Sandra Lopes de Souza

CORPO DOCENTE

Profª. Ângela Amâncio dos Santos
Profª. Belmira Lara da S. A. da Costa
Prof. Everton Botelho Sougey
Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Prof. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
Prof. João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Lúcio Vilar Rabelo Filho
Prof. Luiz Ataíde Junior
Prof. Marcelo Moraes Valença
Profª. Maria Lúcia de Bustamente Simas
Profª. Maria Lúcia Gurgel da Costa
Prof. Murilo Duarte da Costa Lima
Prof. Otávio Gomes Lins
Prof. Othon Coelho Bastos Filho
Profª. Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Profª. Pompéia Villachan Lyra
Prof. Raul Manhães de Castro
Profª. Sandra Lopes de Souza
Profª. Sílvia Regina de Arruda Moraes

Dedico este trabalho

A *Deus*, porque mantém forte minha fé

A meu esposo, Anderson Ricardo Silva dos Santos, pela forma especial e carinhosa com que nos encoraja, apoia nos momentos de dificuldades, incentiva a continuar sempre

A minha genitora, Veronilda Oliveira Moura, a quem agradeço todas as noites por minha existência.

De forma especial, a minha avó, Doralice do Nascimento Oliveira (*in memoriam*), e à tia Vanda Maria Lima de Oliveira, pela luz e doçura com que iluminaram meus pensamentos, sem que eu percebesse, levando-me a buscar mais conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Ao ler um texto de Steve Jobs, uma frase chamou-nos a atenção: “Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro que deixa de existir”.

Naquele momento não entendi muito o sentido da frase, mas hoje a compreendo. Deparo-me com uma realidade sempre sonhada, que hoje alcanço com esforço, dedicação, determinação, abdicação, paciência, perseverança, ousadia e maleabilidade.

Entendi também que concretizar o sonho não seria possível sozinha. Daí dedicar minha eterna gratidão a todos aqueles que nos ajudaram a não deixar o sonho para trás.

Professor Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, orientador deste estudo, minha gratidão funda-se em sua certeza de que havia um potencial na minha pessoa o qual, direcionado com gentileza e respeito, permitiu que eu entendesse sua linda lição.

Professora Dr^a. Rute Cândida Pereira, co-orientadora, por tão gentilmente contribuir com seu imenso conhecimento, possibilitou um novo olhar para o tema, o que foi fundamental para que esta dissertação tomasse o corpo que tem hoje,

Professora e amiga Eliana Lessa, agradeço profundamente por ter nos apresentado a Enfermagem Psiquiátrica, com tanto amor e devoção à profissão, que encantou nossa vida acadêmica e profissional. Seu direcionamento promoveu mudanças relevantes cujos frutos estou a colher hoje, com muita felicidade.

Dr^a Laís Vieira, pelas horas de dedicação e orientação, aos conselhos e apontamentos no decurso desta dissertação.

Rosalva Silva dos Santos, minha sogra, por todo apoio e cumplicidade, em silêncio, entendendo o que eu precisava para seguir à frente.

Gilberto Moura e Geralda Madalena Gomes Moura (Nina), tios, Alexandre Gomes Moura, o primo especial, por um amor tão sincero que não deixa perceber a distância física e se faz presente na divisão de aflições e de alegrias.

No anonimato carinhoso, agradeço a todos que aqueceram meu coração, avivaram a chama de meu sonho e contribuíram para a conclusão desta etapa e para a pessoa que sou hoje – nem melhor, nem pior que no passado, mas um ser consciente de que está em construção.

Hoje entendo também Sigmund Freud, quando afirma: “Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste!”

Não é o trabalho, mas o saber trabalhar, que é o segredo do êxito no trabalho. Saber trabalhar quer dizer: não fazer um esforço inútil, persistir no esforço até ao fim, e saber reconstruir uma orientação quando se verificou que ela era ou se tornou errada.

Fernando Pessoa (*Teoria e Prática do Comércio*, 1986)

Resumo

Introdução: A assistência de enfermagem deve ser guiada por uma anamnese que aborde diversos aspectos essenciais ao planejamento de cuidados. Na maior parte das especialidades, os modelos de anamnese foram gradativamente aprimorados para ganho de objetividade dos dados. Todavia a saúde mental carece de um protocolo sistematizado para atendimento e definição do plano de cuidados sistematizado para pacientes em sofrimento psíquico. **Objetivo:** Elaborar um protocolo que aproprie o profissional de enfermagem para construção do perfil do estado de saúde mental de drogaditos com base nas teorias do cuidar em enfermagem. **Método:** Por meio de estudo do tipo metodológico, não experimental para desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, foi construído o protocolo de Avaliação de Enfermagem das Necessidades do Adicto, com base no método de Fitzpatrick e de Rattray e Jones. Cinco etapas foram obedecidas: a) construção de revisão integrativa, sob tema: “Teorias de Enfermagem”, na qual foram abordadas as teorias que mais ofereceram subsídio para as condutas de enfermagem nos cuidados a pacientes com dependência química, nos itens de anamnese, contexto social, exame físico, identificação de necessidades e avaliação de saúde mental e emocional, como fundamentação teórica; b) construção dos itens do protocolo, relativos ao histórico de enfermagem (inicial e sequencial durante o tratamento) buscando avaliar aspectos atitudinais e comportamentais; c) submissão do protocolo à avaliação de quatro juízes empregando o modelo Delphi nesse processo de avaliação de conteúdo, segundo grade de avaliação com três domínios; d) adequação consensual do protocolo às evidências de Enfermagem e de Psiquiatria; e) definição da escala de mensuração empregada em cada item do protocolo. Foram admitidas a escala do protocolo ASSIST, versão 2.0, a de Thurstone e a de Guttman. **Resultado:** O protocolo está voltado à avaliação do adicto, mas pode ser um instrumento de avaliação do paciente em saúde mental, empregado por profissionais de saúde. **Conclusão:** O emprego do protocolo pode favorecer a intervenção da equipe multidisciplinar junto ao paciente e sua família.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Cuidados de Enfermagem. Protocolos.

ABSTRACT

Background: Nursing care should be guided by an anamnesis that addresses several key aspects to planning care. In most specialties, the models of anamnesis were gradually improved for data objectivity gain. However mental health lacks a systematic protocol for care and definition of systematic care plan for patients in psychological distress. **Objective:** To develop a protocol that appropriates the nursing professional to build the profile of mental health status of drug addicts based on the theories of nursing care. **Methods:** Through a methodological, not experimental study, for development, validation and assessment tools and research methods, it was built the Nursing Assessment Protocol of Addict's Needs, based on Fitzpatrick and Rattray and Jones method. Five steps were followed: a) construction of an integrative review on theme "Nursing Theories", in which we discussed the theories that offered more subsidies for nursing behaviors in caring for patients with substance abuse, in anamnesis, social context, physical examination, needs identification and assessment of mental and emotional health items, as theoretical foundation; b) construction of items relating to nursing anamnesis (initial and sequential, during treatment) seeking to assess attitudinal and behavioral aspects; c) submission protocol for the evaluation of four judges using the Delphi model in the process of evaluation of content, according to a evaluation grid with three domains; d) consensus adequacy of the protocol to the evidences of Nursing and Psychiatric; e) definition of measurement scales for each item of the protocol. The admitted scales were that of the ASSIST protocol, version 2.0, the Thurstone scale and Guttman scale. **Results:** The protocol is aimed at evaluating the addict, but it can be a tool to assess the patient with mental disease, employed by health professionals. **Conclusion:** Using the protocol may favored the intervention of a multidisciplinary team with the patient and his family.

Keywords: Related Disorders Substance Use. Nursing care. Protocols

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de médias de pontuação atribuídas aos itens de avaliação da forma do AENA – Recife, 2015 51

Tabela 2 – Distribuição de médias de pontuação atribuídas aos itens de avaliação do conteúdo do AENA – Recife, 2015..... 53

Tabela 3 – Distribuição de médias de pontuação atribuídas aos itens de adequação ao serviço do AENA – Recife, 2015..... 53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Resumo das Teorias de Enfermagem basilares da anamnese a drogaditos.....	26
Quadro 2 – Teorias fundantes das etapas do histórico de enfermagem para cuidado psiquiátrico.....	28
Quadro 3 – Distribuição dos itens do AENA modificados por recomendação dos juízes – Recife, 2015.....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AENA – Avaliação de Enfermagem das Necessidades do Adicto

BIREME - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e

Drogas COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

GM/MS – Gabinete Ministerial – Ministério da Saúde

LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe

NEAN - *Nursing Evaluation of Addiction Needs* ´

p. – página

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	INTRODUÇÃO	20
2.2	MÉTODOS	21
2.3	RESULTADOS	23
2.4	DESENVOLVIMENTO	26
2.4.1	A identificação do paciente e de seu cuidador	28
2.4.2	Estado atual de saúde	29
2.4.3	Segurança e meio ambiente	30
2.4.4	História psicossocial	31
2.4.5	Exame físico	32
2.4.6	Necessidades básicas	32
2.4.7	Exame psíquico	34
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
3	JUSTIFICATIVA	40
4	PERGUNTAS CONDUTORAS	41
5	OBJETIVOS	42
5.1	Geral	42
5.2	Específicos	42
6	MÉTODOS	43
6.1	Tipo de estudo	43
6.2	Local do estudo	43
6.3	Etapas da construção do instrumento de avaliação	43
7	ASPECTOS ÉTICOS	45
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
8.1	Introdução	47
8.2	Métodos	49
8.3	Resultados	51
8.4	Discussão	55
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE 1 - Avaliação de enfermagem das necessidades do adicto – AENA	64
	APÊNDICE 2 – Grade de avaliação de forma, conteúdo e aplicabilidade	69

1 INTRODUÇÃO

Assim como em qualquer profissão, a enfermagem foi estruturada com princípios, valores e normatizações, para atender ao seu objetivo de propiciar condições para um cuidado individualizado.

O cuidado em enfermagem pode ser definido como o fazer pelo ser humano tudo o que ele não pode fazer por si mesmo; auxiliar o cliente mesmo quando o mesmo se encontra impossibilitado de desenvolver seu autocuidado. Assim o cuidado inclui também a orientação, a supervisão e o encaminhamento do sujeito a outros profissionais, quando se fizer necessário (HORTA, 1979).

A prestação de cuidados exige dinamismo e para atender a este dinamismo, a enfermagem necessita de uma metodologia padronizada, capaz de refletir sua forma de trabalho. Pelo fato de essa forma de trabalho de enfermagem ser universal, o uso de uma metodologia possibilita a troca de informações entre profissionais de diferentes instituições e atuantes em vários países (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Essa argumentação foi a base para a evolução da enfermagem de um conjunto de práticas para uma disciplina e uma profissão. Segundo Alligood (2013, p. 63),

[...] uma disciplina é um ramo da educação, um departamento de ensino-aprendizagem da Academia ou um domínio do conhecimento, enquanto que uma profissão se refere a um campo especializado de prática, fundamentado em uma estrutura teórica de ciência e do conhecimento da disciplina e acompanhado de habilidades práticas.

A fundamentação da prática de enfermagem em teorias é um requisito essencial para que o profissional possa compreender e analisar criticamente o que verifica no atendimento ao paciente e propor intervenções e cuidados adequados com possibilidade de avaliação de sua eficácia (ALLIGOOD, 2013).

Uma teoria, segundo Ahmad (2015, p. 2), “é um conjunto de conceitos e proposições para construção de maneiras ordenadas de analisar fenômenos”. O conjunto de conceitos reunidos em uma teoria representam as diversas formulações de imagens mentais, complexas, que são construídas pelo

profissional sobre os fatos e as situações com que tem contato e constituem suas percepções. A ligação entre os conceitos origina uma proposição. A teoria, ao considerar os conceitos e as proposições que foram originadas do cuidado em enfermagem, auxilia determinar a forma pela qual os conceitos se interligam, organizando o pensamento e permitindo a tomada de decisões com base nessas interrelações.

O entendimento da abrangência do trabalho em enfermagem, como profissão e disciplina, foi construído entre 1900 e 1990, reconhecendo-se dois períodos. Entre 1950 e 1970, houve estudos isolados, que não caracterizavam um campo de conhecimento, e pesquisas com foco na educação superior para graduação em Enfermagem, com as quais houve desenvolvimento de um campo de conhecimento. Entre 1980 e 1990, definido o campo de conhecimento, foram criadas teorias que passaram a guiar a pesquisa e a prática de Enfermagem, possibilitando, no Século XXI, a aplicação dessas teorias para ofertar cuidados com qualidade técnico-científica (ALLIGOOD, 2013).

Foi a partir das teorias, que se construiu o Processo de Enfermagem conceituado como o conjunto de ações metodológicas e sistemáticas voltadas à prestação de cuidados e desenvolvido por atividades de base intelectual do enfermeiro (HORTA, 1979). O processo obrigatoriamente está composto por fases dinâmicas e sequenciais, características de enfermagem, incluindo histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico.

Essa sequência de fases visa a atender as necessidades humanas básicas de cada indivíduo por meio de cuidados individualizados (REGIS; PORTO, 2006). Significa dizer que a aplicação do processo de enfermagem é norteadora da tomada de decisões vivenciadas pelo enfermeiro, enquanto desenvolve seu papel gestor do cuidado integral (HORTA, 1979). Assim também a sequência de fases deixa claro que o processo de enfermagem é um método de planejamento e sistematização do cuidado. Um atendimento com essa característica proporciona melhor integração do enfermeiro com o paciente e com os demais membros da assistência, como família, equipe multiprofissional e comunidade, assim como possibilita obter respostas positivas para melhorar a assistência de enfermagem (BARROS; LOPES, 2010).

Utilizar o planejamento da assistência é uma garantia de o enfermeiro trabalhar sua própria diagnose das necessidades do cliente, a partir das quais prescreve de forma adequada o cuidado para suprir cada necessidade. Sua diagnose também orienta a supervisão do desempenho da equipe, possibilitando avaliação de resultados e da qualidade da assistência (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

A sistematização do processo de enfermagem tem como primeira fase o histórico de enfermagem, que consiste na avaliação das condições de saúde do cliente. Essa avaliação é um processo sistemático no qual o enfermeiro desempenha o papel de um profissional dinâmico, utilizando de uma comunicação efetiva com o paciente e os demais componentes da assistência, a partir da qual coleta os dados e, posteriormente, procede a sua análise criteriosa para desenvolver seu plano de cuidados (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2010).

Apesar de estar em estudo, no Brasil, desde 1979, com os estudos de Horta (1979), o processo de enfermagem só foi considerado atividade exclusiva do enfermeiro em 2009, a partir da publicação da Resolução nº. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). A Resolução considera o processo de enfermagem como um método científico para construção de taxonomia própria a ser aplicada ao processo saúde/doença, com o propósito de regulamentar ações assistenciais de enfermagem e assim contribuir para promoção, prevenção e recuperação da saúde.

O processo de enfermagem deve ser aplicado a qualquer paciente, independente da doença de base ou do regime ambulatorial ou de internação em que recebe o atendimento. Necessariamente ele deve contemplar os aspectos da vivência do cliente, de forma a possibilitar uma compreensão mais abrangente dos fatores atuantes direta ou indiretamente no quadro clínico. É nesse contexto que a avaliação de pacientes com comprometimento da saúde mental tem gerado polêmica.

O histórico de enfermagem deve investigar aspectos psicológicos do cliente, uma vez que se concebe uma avaliação clínica ideal, deduzida pelas possibilidades da superação das adversidades e não apenas da visão biomédica da assistência, como historicamente vem sendo evidenciada

(ELDER et al., 2005; AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2010; VIDEBECK, 2011). Daí decorre que a investigação dos aspectos psicológicos do cliente é feita pelo enfermeiro para desenvolvimento de um ambiente adequado aos cuidados clínicos da enfermagem em saúde mental (SILVA; MONTEIRO, 2011).

No entanto a avaliação dos aspectos psicológicos não pode ser confundida com a atividade do psicólogo, que a faz com detalhamento e aprofundamento distintos daquele de que a enfermagem necessita em sua avaliação. A assistência de enfermagem, avaliando o comportamento do doente junto a sua família e à comunidade, o auxilia no encontro de um sentido de vida, caminhando assim para a remissão de seu sofrimento mental.

Desta forma, o sofrimento mental passa a ser conceituado não apenas por causas biológicas, porém por causas psicossociais, sendo necessária uma assistência apropriada, com o intuito de prover a ressocialização do doente e guiar o suporte familiar apropriado através de uma escuta qualificada e direcionada às necessidades do indivíduo e de seu núcleo familiar (SILVA; MONTEIRO, 2011).

A Resolução COFEN nº. 358/2009 reconhece o processo de enfermagem como atribuição do enfermeiro, mas não entra no mérito de seu preparo profissional para o exercício de uma atividade de tal complexidade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). Silva et al. (2013), ao se referirem ao preparo técnico de enfermeiros, afirmam haver um despreparo para sua atuação em saúde mental. Esses autores reconhecem que na formação acadêmica desse profissional a saúde mental não é tão explorada quanto o são as demais especialidades afeitas à profissão. Daí decorre que a ajuda à pessoa com doença mental no enfrentamento das adversidades e dificuldades do cotidiano se torna um desafio.

As consequências desse desafio se fazem perceber na atuação do enfermeiro nas equipes de saúde mental. Em não dispondo de preparo técnico em saúde mental, o enfermeiro enfrenta dificuldade na elaboração do processo de enfermagem para pacientes com comprometimento de saúde mental, do que decorre não ter sua identidade profissional reconhecida pelos demais profissionais da equipe de saúde. A ausência de uma atuação pautada em preceitos científicos descaracteriza o enfermeiro junto a seus pares.

Adicionalmente, essa fragilidade na formação acadêmica faz com que o enfermeiro não possa cumprir determinação constante da Resolução nº. 358 do Conselho Federal de Enfermagem.

A Resolução COFEN nº. 429/2012 dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Em seu Artigo 2º determina que devem ser registrados no prontuário do paciente:

a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;

d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012, p. 288).

No entanto, no Artigo 3º, a mesma Resolução determina a exigência de esse registro ser realizado em documento próprio da Enfermagem, pressupondo, dessa feita, a existência desse documento.

Art. 3º. Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012, p. 289).

O registro em um documento próprio da Enfermagem pressupõe o desenvolvimento de protocolos assistenciais, como forma sistemática de atender os princípios legais e éticos da profissão, utilizando o conceito da prática baseada em evidências, seguindo normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde o instrumento é utilizado (PIMENTA et al., 2014).

A exigência do uso de protocolos de assistência fundamenta-se nos benefícios de proporcionar maior segurança aos pacientes e profissionais, uniformizar ações de cuidado, incentivar a inovação do cuidado e do desenvolvimento de indicadores no processo do cuidar em enfermagem, desenvolver o uso mais racional dos recursos disponíveis e o controle dos custos. Além desses benefícios, os protocolos facilitam a disseminação de conhecimento e padronizam a comunicação profissional. Quando construídos a partir dos princípios da prática baseada em evidências, os protocolos oferecem opções sistematizadas de cuidado (ENDERS; DAVIM, 2003).

A enfermagem, na realidade, dispõe de instrumentos voltados para o processo de enfermagem em diversas especialidades, exceto em saúde mental, do que derivou a motivação para escolha do tema desta dissertação.

Esta dissertação está composta por cinco capítulos além desta Introdução. No primeiro capítulo, elaborou-se revisão integrativa das teorias de enfermagem que servem de base para a construção do processo de enfermagem voltado para atenção a pacientes psiquiátricos. No terceiro capítulo, foi descrito o método de construção de protocolo de histórico de Enfermagem e de sua validação de conteúdo, a ser realizada por três juízes.

O quarto capítulo desta dissertação estará dedicado ao relato do processo de construção do protocolo e dos resultados da validação de conteúdo.

No quinto capítulo, serão expostas as considerações finais e as possíveis recomendações, que deverão emergir durante o processo de validação de conteúdo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Artigo submetido à publicação na Revista de Neurologia (Espanha)

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Teorias basillares de protocolo de Enfermagem para assistência a drogaditos

Baseline theories of a Nursing protocol for assistance to drug addicts

2.1 INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem é marcada, a partir dos dois últimos séculos e no atual, pela conquista do reconhecimento da comunidade científica, pelos demais profissionais de saúde e junto à sociedade. Desde 1854, quando Florence Nightingale começou o trabalho de cuidar de soldados sobreviventes da Guerra da Crimeia, a profissão passou por diversas fases caracterizadas pela busca de uma fundamentação científica¹.

A enfermagem obedecia ao modelo social vigente e ao modelo hospitalar médico, que banira os religiosos de seu interior e determinara um critério disciplinar que possibilitava melhores condições das atividades do corpo de pessoas responsáveis pelo cuidar. Cabia ao médico a responsabilidade desse disciplinamento².

Com Nightingale, a disciplina é admitida como parte do exercício da Enfermagem, permeando os cuidados aos pacientes e as relações interprofissionais. Essa característica possibilitou redução da taxa de mortalidade de 40% para 2%, no atendimento a 4000 soldados da Guerra da Crimeia por 38 mulheres católicas e anglicanas lideradas por Nightingale³.

Ainda que o regime disciplinar rígido tenha contribuído para melhoria da chance de sobrevivência dos pacientes, ele originou um distanciamento enorme entre a Enfermagem e a Medicina. Os motivos desse distanciamento foram ser a enfermagem atividade feminina, portanto secundária; e estar restrita ao cumprimento das ordens médicas para administração de medicação, higienização e alimentação do paciente⁴.

Com o passar do tempo, o aumento da complexidade dos procedimentos de cuidado exigiu que os profissionais não médicos (atualmente denominados paramédicos) detivessem “conhecimento profissional complexo, incompreensível por

leigos, institucionalizado em estabelecimentos de ensino e, sobretudo, aplicável” (p. 258) caracterizando a profissão de Enfermeiro, dentre outras⁵.

Criada a profissão, foi necessário gerar condições de seu conhecimento ser reconhecido como imprescindível, ou seja, dar visibilidade de sua contribuição para a restauração da saúde e a prevenção de agravos para pacientes, para a sociedade em geral e profissionais de saúde⁵. O reconhecimento da importância do Enfermeiro veio com seu fazer, mas também por seu engajamento no campo da pesquisa em resposta ao aumento da complexidade do cuidar em Enfermagem. O enunciado de modelos e teorias fundantes para que os cuidados pudessem atender às necessidades dos pacientes reforçou a importância do Enfermeiro junto aos demais profissionais de saúde, no campo da assistência, da docência, da gestão de serviços e da administração hospitalar⁶. Dentre esses modelos e teorias, a maioria identifica paradigmas que caracterizam o cuidar em Enfermagem; conforma a base da prática e, com isso, reaproxima essa área do saber à Medicina, corrigindo o distanciamento histórico.

Na caracterização do cuidar em Enfermagem, o enfoque teórico fundamenta o pensamento crítico e orienta a tomada de decisões por meio do disciplinamento das etapas que devem integrar a anamnese e o exame físico, processos essenciais ao planejamento de cuidados individualizados⁶⁻⁹.

Este artigo tem por objetivo rever as teorias fundantes de cada uma das etapas necessárias à construção da anamnese e do exame físico, a serem aplicadas pela enfermagem para assistência a paciente com distúrbio psiquiátrico, especialmente em drogadição.

2.2 MÉTODOS

Procedeu-se a revisão integrativa das teorias de Enfermagem buscando aquelas que oferecem subsídio para fundamentação das condutas realizadas pela enfermagem nos cuidados a pacientes com distúrbio psiquiátrico, especialmente em drogadição, incluindo anamnese, contexto social, exame físico, identificação de necessidades e avaliação de saúde mental e emocional.

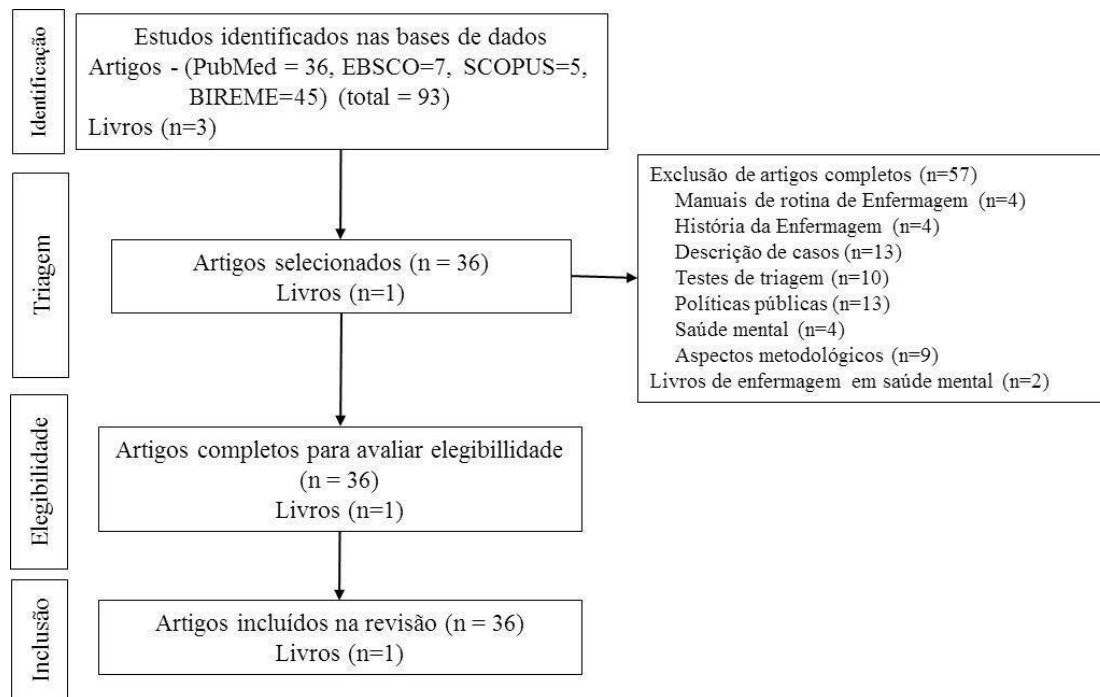
Foram adotados como descritores primários: <saúde>; <Enfermagem>; <cuidados>; <método>; <teoria>; <modelo>; <ciência>; <autocuidado>; <teoria de enfermagem>; <antropologia> e <filosofia em enfermagem>. Os descritores

secundários foram <saúde mental>; <estado mental>; <assistência de enfermagem>; <drogas de abuso> e <drogadição>. Nas bases de dados *Web of Science*, *PubMed*, *EBSCO Information Service*, *Scopus*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) buscaram-se publicações associando um ou mais descritores primários a descritores secundários, já que o objetivo compreende a interface entre esses temas.

Admitiram-se como critérios de inclusão para os artigos e livros, ter como tema central o atendimento a pacientes em drogadição e como temas secundários teorias de Enfermagem, seja como modelo, metaparadigma, filosofia, modelo conceitual, grande teoria ou teoria de nível médio, com maior ou menor nível de abstração, independente da época de publicação, ou ainda aspectos de enfermagem voltados para saúde mental e tipos de drogas de adição.

Dentre os artigos localizados, que obedeciam aos critérios de inclusão, foram excluídos manuais de rotina de Enfermagem, casos clínicos, testes de triagem e políticas públicas não relacionados ao atendimento a drogaditos, artigos sobre história da Enfermagem voltada a outros agravos, como também artigos e livros sobre saúde mental, que não incluíam anamnese.

Foram localizados 93 artigos e três livros, sendo 36 artigos e dois livros redigidos no idioma Inglês, sete artigos em Espanhol e 50 artigos mais um livro em Português. Após julgamento independente de dois juízes, compuseram a revisão 36 artigos e um livro, conforme se observa na Ilustração 1.

Ilustração 1 – Distribuição dos artigos para composição de revisão integrativa

2.3 RESULTADOS

A teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger considera que a estrutura social é um processo dinâmico, de natureza interdependente, com elementos estruturais e organizacionais dos sistemas religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados aos contextos linguístico e ambiental^{6,9-13}.

Na investigação da história e do estado atual de saúde do paciente, essa teoria facilita compreender suas relações com a cultura, valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidas, compartilhadas e transmitidas pelo grupo a que o paciente pertence. A compreensão desses aspectos retrata as percepções de mundo do paciente, sua perspectiva de vida, a orientação de seu pensamento, suas decisões, como também suas ações, aspectos que devem ser incluídos no planejamento terapêutico.

A teoria da motivação de Hildegard E. Peplau apresenta a enfermagem como um processo interpessoal de interações enfermeiro-paciente nas quais ambos aprendem e crescem. Este relacionamento tem como finalidade esclarecer e buscar resolução para os problemas do paciente e pactuar metas terapêuticas¹⁴⁻¹⁶. Como

resultado, o paciente pode mais facilmente adquirir competência de comunicação, o que reduz a ansiedade e exerce impacto positivo na seleção de comportamentos adequados¹⁷. Ao considerar a enfermidade uma condição de aprendizagem, Peplau valoriza o levantamento da história psicossocial e das necessidades básicas do paciente para que a enfermagem identifique abordagens mais significativas¹⁵.

Objetivo semelhante tem a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta, porém admitindo que os desequilíbrios no atendimento de necessidades humanas básicas resultam em alterações hemodinâmicas dos fenômenos vitais. Assim, para que a enfermagem possa instituir seu plano de cuidados individualizados, deve considerar todo o contexto do paciente e coletar dados referentes às necessidades psicobiológicas (movimentação, postura, oxigenação, padrão circulatório, eliminações, hidratação, sono e repouso, atividade e exercício, percepção e controle da saúde), psicossociais (educação, hobbies, recursos comunitários, antecedentes de criação e cuidados, segurança e meio ambiente, atividades recreativas, mudanças na vida e preocupações pessoais) e nas psicoespirituais (religiosidade e espiritualidade)^{18,19}.

A teoria da independência de Virgínia Henderson é, na verdade, uma filosofia por conceituar as relações entre saúde/doença e independência/dependência⁶. Admite a autora que o processo de enfermagem, ao contribuir para a recuperação da saúde, oferece condições ao paciente de perceber sua condição de independência ou dependência, facilitando a busca por assistência à saúde. Dessa feita, a sistematização do levantamento de necessidades básicas por meio da nomeação de 14 delas, viabiliza um plano de cuidados individualizado com vistas à recuperação da autonomia do paciente, firmando as bases para que identifique corretamente seu estado de saúde, de acordo com os fatores psicológicos, sociais, culturais e também com sua percepção de normalidade²⁰⁻²³.

No entender de Dorothy Johnson, o plano de enfermagem deve considerar a forma padronizada, intencional, repetitiva, estável e recorrente de agir do paciente, que constitui seu sistema comportamental, o qual condiciona suas relações com o meio ambiente e os objetos²⁴. Daí decorre que, segundo a Teoria dos Sistemas Comportamentais, o plano de cuidados da enfermagem age para reorganizar e reintegrar o comportamento do paciente a um nível ótimo, o que, para o drogadito, é sinônimo de mudança^{11,25}.

A reintegração do paciente, no olhar da teoria dos sistemas de Betty Neuman, requer considerar os estressores internos e externos aos quais o paciente está submetido e que determinam a condição de adoecimento e de drogadição²⁶. Em outras palavras, a enfermagem, na determinação do plano de cuidados, deve considerar o paciente como um sistema aberto, que sofre e exerce influência sobre o meio ambiente e, portanto, pode ser influenciado durante o período de tratamento¹¹. Daí decorre a importância de investigar suas características fisiológicas, psicológicas, socioculturais e desenvolvimentistas²⁷.

O trabalho de Enfermagem, no entender de Dorothea E. Orem, precisa também considerar os valores que o paciente atribui ao cuidado dedicado a sua saúde, considerado diferencial dessa teoria²⁸. Ao proceder à inspeção durante o exame físico e levantar a história psicossocial do indivíduo, a enfermagem avalia a capacidade de o paciente cuidar-se (autocuidado) e a forma pela qual ele considera os fatores condicionantes básicos para tal ação. Novamente a enfermagem se depara com a enfermidade como oportunidade de mudança comportamental, agora para a reconstrução do autocuidado^{8,29}.

Todavia outras reconstruções podem ser propiciadas pelos cuidados de Enfermagem, quando se considera a teoria de Calista Roy, apontando a interferência sobre o sistema adaptativo do indivíduo. Segundo essa teoria, a meta dos cuidados de enfermagem é interferir sobre os subsistemas processadores internos principais, o regulador e o cognitor, os quais determinam os mecanismos para a adaptação ou o enfrentamento, desde a mais tenra idade^{30,31}. Assim, para promover respostas adaptativas positivas, a enfermagem precisa identificar os antecedentes de cuidados e atenção que o paciente já vivenciou, seu impacto sobre o estado psíquico atual, para facilitar novos mecanismos adaptativos. As premissas de Roy são reforçadas pela teoria de Margareth Newman ao considerar a saúde como expansão da consciência. Dessa forma, o plano de cuidados de enfermagem pode contribuir direta ou indiretamente para a conscientização do paciente, ao lhe fornecer informações^{11,32}.

Adicionalmente a todas as possibilidades decorrentes dos processos que intermediam a determinação do plano de cuidados de Enfermagem, Lydia E. Hall³³ aponta o benefício de melhora da autoestima do paciente. Sob esse ângulo, a enfermagem, durante o exame do estado psíquico, dedicada à identificação de fatores condicionantes do decaimento da autoestima, por meio da história pregressa

da drogadição, da história psicossocial e da identificação de fatores condicionantes, pode auxiliar o indivíduo na reconstrução de uma nova autoimagem, passível de admiração pelo próprio sujeito.

Para fundamentar a anamnese de Enfermagem foram localizadas 10 teorias, resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 – Resumo das Teorias de Enfermagem basilares da anamnese a drogaditos

Teoria	Pressupostos básicos
Virgínia Henderson ²⁰	Teoria da independência Ajudar o paciente a ganhar independência, garantindo-lhe construir a força, considerando necessidades básicas para classificar a pessoa e traçar o plano de tratamento
Dorothy E Johnson ²⁴	Teoria dos subsistemas comportamentais Os sete subsistemas comportamentais (associação e filiação, dependência, sexualidade, agressão, eliminação, ingestão, realização pessoal) existem em estabilidade dinâmica, interligados por retroalimentação justificando a alteração do funcionamento do corpo por distúrbios comportamentais e estresse
Dorothea Orem ²⁸	Teoria do autocuidado A ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade de autocuidado compromete a sustentação da vida e da saúde. Empregando sistemas de enfermagem totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e educacionais, o autocuidado efetivamente realizado ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano contribuindo para o desenvolvimento humano.
Callista Roy ³¹	Teoria da adaptação Os estímulos externos podem romper o sistema adaptativo do indivíduo, seus mecanismos de enfrentamento, diminuindo seu insight. Por isso deve-se analisar sua adaptação às demandas para ajudar na adaptação
Madeleine M Leininger ¹¹	Teoria do cuidado transcultural A cultura do paciente, composta por crenças, valores, modo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos, orienta pensamento, decisões e ações padronizados sobre saúde e doença, bem como as formas de perceber e admitir o mundo de atendimento de Enfermagem
Betty Neuman ¹³	Teoria do bem-estar O paciente é um sistema aberto, no qual ocorrem ciclos repetidos de entrada, saída e retroalimentação de processos, obedecendo a um padrão organizacional dinâmico, cujo equilíbrio leva ao bem-estar e à reação adequada ao estresse
Lydia E Hall ³³	Teoria da autoestima O cuidado deve ser dirigido à autoestima e deve englobar o corpo (traduzido em cuidados íntimos do corpo), a pessoa (como essência do uso terapêutico do eu) e a doença (aspecto da Enfermagem traduzido como cura)
Margareth Newman ¹⁰	Teoria da saúde como expansão da consciência A saúde é a expansão da consciência do indivíduo, Assim, a doença é manifestação do padrão total pré-existente, investigável por anamnese e escuta, o qual deve ser modificado pelos cuidados de Enfermagem, pois a remoção da patologia em si mesma não modificará esse padrão patológico
Hildegard Peplau ³⁴	Teoria das relações interpessoais Os cuidados devem ser permeados por relações entre o paciente e o enfermeiro
Wanda Horta ¹⁹	Teoria das Necessidades Humanas Básicas O processo de Enfermagem deve ser construído a partir do conhecimento das necessidades humanas básicas do paciente

2.4 DESENVOLVIMENTO

A assistência médica e de enfermagem mantêm em comum a necessidade de obtenção sistematizada de informações para guiar a tomada de decisão dos

cuidados a serem prestados^{35,36}. Daí a importância da anamnese. Na maior parte das especialidades, os modelos de anamnese foram gradativamente aprimorados para ganho de objetividade dos dados. Todavia, dentre as especialidades, a saúde mental é marcada por uma característica singular - carece de protocolo sistematizado para atendimento e definição do plano de cuidados para pacientes drogaditos. Pelo fato de, em saúde mental, o cuidado em Enfermagem fundamentar-se nas teorias de Enfermagem, é plausível admitir a possibilidade de construção de um instrumento para anamnese em Enfermagem para pacientes com transtornos mentais e drogadição.

Admitindo, tal como Ahmad¹⁰, que teorias são conjuntos de conceitos e proposições que provêm um caminho ordenado para análise de um fenômeno, o reconhecimento desses processos pode constituir a base da compreensão das diversas partes de um protocolo de Enfermagem para atendimento de pacientes em saúde mental.

Ao se considerarem pacientes psiquiátricos, todas as recomendações relativas ao processo de enfermagem exigem maior especificidade, dadas as necessidades derivadas do comprometimento da saúde mental. Mais do que nas demais enfermidades, a avaliação do paciente psiquiátrico só é possível por meio de entrevista. Este instrumento de levantamento do histórico de enfermagem não pode ser considerado apenas um interrogatório da história pregressa de saúde, porque nesse paciente todas as manifestações comportamentais, verbais e não verbais, têm uma importância ímpar na definição dos demais passos do processo de enfermagem. Dessa forma, uma entrevista associada à observação minuciosa do paciente torna-se o principal instrumento de avaliação do paciente em psiquiatria^{37,38}.

Para discutir a importância da integração dessas teorias na avaliação de enfermagem voltada para cuidados a pacientes psiquiátricos, optamos por identificar as diversas etapas em que se inserem. Pelo fato de uma mesma teoria servir de base para diversas etapas, com argumentações distintas, apresentamos as teorias de enfermagem segundo a lógica do histórico de enfermagem, como se observa no Quadro 2.

Quadro 2 – Teorias fundantes das etapas do histórico de enfermagem para cuidado psiquiátrico

Teorias fundantes e outras informações literárias	Etapas do histórico de Enfermagem								
	Identificação do paciente	Identificação do responsável	Estado atual de saúde	Segurança e meio ambiente	História psicossocial	Exame físico	Necessidades básicas	Exame psíquico	Características de degradação
Leininger – Teoria Transcultural ^{6,9-13}	✓	✓	✓					✓	
Margareth Newman – Teoria da saúde como expansão da consciência ^{10,11,32}			✓					✓	
Callista Roy – Teoria da Adaptação ^{10,11,30,31,39}			✓					✓	
Dorothea Orem – Teoria do Autocuidado ^{8,11,28,29}			✓		✓	✓			
Lydia Hall – Teoria da Autoestima ^{10,11,33,39}			✓				✓	✓	
Betty Neuman – Teoria dos Sistemas Comportamentais ^{11,26,27}			✓					✓	
Virginia Henderson – Teoria da Independência ^{11,20-23}					✓	✓	✓		
Dorothy Johnson – Teoria dos Subsistemas Comportamentais ^{11,24,25}				✓	✓		✓	✓	
Hildegard Peplau – Teoria da Comunicação Interpessoal ⁴⁰			✓		✓		✓		
Wanda Horta – Teoria das Necessidades Humanas Básicas ¹⁹				✓	✓		✓		

2.4.1 A identificação do paciente e de seu cuidador

O histórico de Enfermagem tem início com a identificação do paciente e de seu cuidador, as quais compõem o conjunto de medidas administrativas para proteção do paciente. A identificação do paciente, no entender da Organização Mundial da Saúde, tem por objetivo último o estabelecimento de uma relação unívoca paciente-cuidados, ou seja, associar um plano específico de cuidados para cada paciente, a ser identificado por nome ou código numérico ⁴¹. A anotação de todas as informações relativas ao paciente no prontuário tem sido cada vez mais valorizada pela Organização Mundial de Saúde, por refletir *continuum* de saúde. O assunto é de tal forma relevante que, em 2011, foi recomendação de um encontro internacional de profissionais de saúde ⁴².

Para a Enfermagem, contudo, a identificação do paciente atende a outros objetivos. Para que os cuidados em Enfermagem possam atender às necessidades do paciente, é preciso que o contexto social em que ele está inserido, seja considerado, com base na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. A estrutura social é um processo dinâmico, que contém elementos estruturais e

organizacionais da sociedade, incluídos os sistemas religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural. A forma como esses elementos atuam delimita contextos culturais, quais sejam valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, que são aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, orientando o pensamento, as decisões do indivíduo, como também suas ações e o modo pelo qual percebe seu mundo e seu universo^{11,12}.

Dessa feita, o questionamento de nome, endereço, sexo, data de nascimento, cor da pele autorreferida, se insere na perspectiva de vida do paciente e reflete algo do contexto de seu grupo social de origem, bem como de alguns dos valores culturais que o paciente construiu, como escolaridade, ocupação, estado civil e prole. Essas informações, compondo a história da doença atual, refletem parte dos antecedentes pessoais e familiares e contribuem para a construção de um plano de cuidados psíquicos congruente com a realidade captada na informação do paciente^{9,43}.

A identificação do paciente e de seu cuidador também constituem parte do compromisso social da Enfermagem em buscar compreender o caráter ativo desses membros do processo saúde-doença, facilitando o ajuste de um plano de cuidados congruente com a realidade cultural vivenciada ou a ser reconstruída pelo paciente.

2.4.2 Estado atual de saúde

Ao levantar o estado atual de saúde, o significativo do papel do enfermeiro é ampliado dada a potencialidade de sua atuação baseada no preparo técnico e em sua proximidade com o paciente, não apenas de maneira passiva, mas como cuidador ativo que reconhece seu espaço na atenção à saúde mental e sua importância na assistência à saúde¹⁴.

Essa primeira comunicação do enfermeiro com o paciente, para obtenção das informações referentes ao estado de saúde, estabelece a comunicação interpessoal, a qual deve respeitar à lei do equilíbrio, porque o adoecer é a quebra do equilíbrio dinâmico entre os seres do universo; à lei da adaptação, entendendo que o adoecimento é um desajuste da interação do ser com o meio externo no universo, um desequilíbrio das trocas energéticas e, à lei do holismo, a qual investiga o

adoecer como uma desarmonia no todo de um ser humano, considerando que esse todo é mais que simplesmente a soma das partes, como admite Peplau¹⁷

Assim é que se buscam informações dos antecedentes de saúde pessoais e familiares, conforme preconiza a teoria do cuidado transcultural por admitir que a saúde é um processo contínuo com interferências desde o nascimento^{6,12}.

Nos antecedentes pessoais e familiares de saúde estão inseridos aspectos que refletem a preservação da autoestima, os cuidados recebidos desde a infância, a intensidade de autocuidado que ainda se mantém intacto, contribuindo para a preservação da saúde, conforme Orem afirma²⁸. Também contempla o processo de adaptação do paciente a seu estado de saúde, segundo Roy³⁰, e a forma pela qual o indivíduo com doença mental expandiu sua consciência e identifica corretamente seu estado de saúde, concorde com a teoria de Newman³².

Ao considerar que cada indivíduo é um sistema aberto, passível de sofrer interferência do meio ambiente, mas também de sobre ele atuar, as informações da condição de saúde refletem também a forma como o paciente reage aos agentes estressores²⁷.

É relevante observar o número de teorias de enfermagem inseridas na avaliação da condição pregressa de saúde para afirmar que constitui uma forma de avaliação de diversos aspectos relevantes no cuidado à saúde mental.

2.4.3 Segurança e meio ambiente

Os itens relativos a segurança e meio ambiente investigam convívio social, condições materiais e sociais de moradia e o histórico de violência, que refletem as experiências de amizade, respeito e amor. As perguntas resumem o atendimento às necessidades de sentir afeto pelas pessoas e de comunicação, determinantes dos subsistemas comportamentais na medida em que o ser humano tem, segundo Johnson, um padrão atitudinal que tende à repetição. Assim, vivenciar violência pode contribuir para a incorporação desse comportamento²⁴.

Indiretamente, questionar o paciente sobre condições de moradia e violência fala a respeito de independência vivenciada, igualdade subjetiva, dignidade e oportunidades, fatores que contribuem positivamente para a autoavaliação estável e uma autoestima firmemente baseada na personalidade, conforme preconiza Hall³³.

Há que considerar, ainda, que os aspectos de segurança e meio ambiente compõem as necessidades humanas básicas, que Horta entende devem ser investigadas pela Enfermagem, por estarem diretamente relacionadas à realização e à integridade do indivíduo, de tal forma que sua presença pressupõe a satisfação das necessidades fisiológicas de segurança, de amor e de estima¹⁹.

2.4.4 História psicossocial

Nessa etapa da anamnese, o foco de atenção é a identificação do contexto em que o paciente está inserido e do qual sofre influência para a formação de seus valores, crenças e comportamentos, conforme ensina Neuman ao discorrer sobre a formação dos sistemas comportamentais²⁶. Levantam-se os dados sobre escolaridade, credo religioso, passatempos, participação de instituições de apoio comunitário e de atividades recreativas, preocupações pessoais e mudanças no estilo de vida. Tais informações são relevantes, pois o cuidado em enfermagem deve transcender os espaços físicos, hospitalares ou extra-hospitalares⁴⁰.

A base teórica que aponta a necessidade de contemplar os aspectos psicossociais do paciente em cuidados na saúde mental é a Teoria do Relacionamento Interpessoal, proposta por Hildegard Peplau⁴⁰. Ao admitir que a doença é uma experiência potencial de aprendizagem, aponta para a necessidade de um modelo psicodinâmico para entender as necessidades do paciente e identificar as dificuldades que o profissional pode ter em relação ao cuidado de enfermagem. O paciente é identificado com uma necessidade sentida e a enfermagem atua nos processos interpessoal e terapêutico, ao mesmo tempo. O papel do enfermeiro é, pois, construir e estabelecer o relacionamento terapêutico como meta para o cuidado integral, propondo o desenvolvimento do indivíduo para o enfrentamento no adoecimento, além de motivá-lo a permanecer saudável, reforçando sua independência, como preconiza Henderson²¹. Dessa forma, os cuidados de enfermagem são considerados “uma evolução das relações de confiança que constituem a base para construir resultados satisfatórios” (p.50)¹⁵. Essa perspectiva considera os conceitos da prática profissional relativos ao ser humano, ao ambiente, à saúde e à própria Enfermagem¹⁴.

É relevante assinalar que a história psicossocial inclui aspectos psicoespirituais, conforme considera Horta¹⁹, ao afirmar que as necessidades nos

níveis psicobiológico, psicossocial são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o psicoespiritual é característica única do homem.

2.4.5 Exame físico

Ao fim da entrevista, tem início o exame físico dividido em duas etapas. A primeira designa-se como exame físico geral, somatoscopia ou ectoscopia, por meio do qual são obtidos dados do paciente, independente dos sistemas orgânicos ou segmentos corporais. A segunda etapa é voltada ao exame dos diferentes sistemas e aparelhos. Deve-se dar ênfase à opinião de Barros⁴⁴ ao afirmar que o exame físico em enfermagem consiste em outros aspectos como a observação das expressões verbais e não verbais do indivíduo. Assim a avaliação, além de ser feita pelo aspecto biomédico, inclui o psicossocial, pela valorização de comportamento, postura, tom de voz, etc..

A caracterização do paciente no exame físico traz informações sobre seu autocuidado, já que à inspeção é possível analisar integridade de pele, higiene corporal e oral e adequação do vestuário, fatores indicativos da valorização que o paciente atribui a seu corpo, da intensidade com que abandonou esse valor e de sua necessidade de a Enfermagem assumir tais procedimentos⁸.

Além da Teoria do Autocuidado, preconizada por Orem, o exame físico oferece informações consistentes com o nível de dependência do paciente, ou seja, da desvalorização da independência que o comprometimento mental lhe infringe, segundo Henderson²³.

2.4.6 Necessidades básicas

Maslow⁴⁵ identificou que as pessoas precisam ter acesso a requisitos essenciais, por isso denominados básicos, para que possam estar motivadas para o exercício das atividades de vida social, profissional e afetiva. As necessidades básicas estão hierarquizadas em cinco níveis, segundo o grau de importância para a motivação, motivo pelo qual são representadas na forma piramidal¹⁸. Todo ser humano tem essas necessidades comuns de tal forma que, obedecendo à hierarquia, quando experimenta alguma satisfação em um dado nível, logo se

desloca para o próximo e assim sucessivamente, ou seja, o indivíduo só passa a procurar satisfazer necessidades do nível seguinte após um mínimo de satisfação das necessidades anteriores. Sendo o ser humano um agente criativo, capaz de mudanças, ele pode estar em equilíbrio com o ambiente, no tempo e no espaço, quando os cinco níveis de necessidades estão disponíveis. Todavia o desequilíbrio entre os níveis promove adoecimento devido a necessidades não atendidas^{19,45}.

Para planejar cuidados que possibilitem ao indivíduo almejar um futuro melhor⁴⁶, é necessário investigar as necessidades básicas do indivíduo, o que pode contribuir para a compreensão de perda de motivação para o cuidado com sua saúde¹⁸.

A investigação das necessidades básicas do indivíduo, no processo de enfermagem, respalda-se em diversas teorias, dentre as quais são mais relevantes a teoria da independência de Henderson²³, a teoria dos subsistemas comportamentais de Johnson²⁴, a teoria da comunicação interpessoal de Peplau⁴⁰ e a teoria das necessidades humanas de Horta¹⁹. Essa associação respalda-se em se fundamentarem na teoria da motivação humana de Maslow⁴⁵, à qual agregam outros pressupostos.

A teoria de independência de Henderson²³ admite que a investigação das necessidades é necessária para planejar a execução daquilo que o indivíduo não pode fazer por si mesmo; para ajudá-lo, quando se encontrar parcialmente impossibilitado de se autocuidar, para provê-lo de orientações e ensinamentos, assim como para encaminhá-lo a outros profissionais¹⁹.

Ao investigar as necessidades básicas, admite-se, tal como Johnson²⁴ o faz na teoria dos subsistemas comportamentais, que o comportamento humano é formado por subsistemas comportamentais e sofre interferência do meio ambiente e do entorno, em função da saciedade das necessidades básicas. Na ausência dessas necessidades ou em sua fragmentação, a busca da saciedade se dá por um comportamento de adição.

A teoria da comunicação interpessoal de Peplau⁴⁰ deve ser fundamenta a investigação das necessidades básicas no protocolo de Enfermagem para cuidados a pacientes psiquiátricos porque se admite que a saúde é um movimento de avanço na personalidade e nos demais processos humanos, em direção à qualidade de vida. Daí deriva a necessidade de registro dos procedimentos de Enfermagem para facilitar a identificação das mudanças nas necessidades do paciente, já que a

recuperação da saúde se faz por constantes mudanças. Tal como Horta¹⁹, Peplau¹⁶ admitiu a teoria das necessidades humanas de Maslow⁴⁵ e, portanto, também admitiu que o doente mental deve pensar a saúde como uma força dinâmica que o impulsiona a promover constantes trocas e buscar níveis mais elevados de suas necessidades¹⁵.

Assim por meio de uma entrevista bem elaborada e sistematizada, o profissional pode captar informações a fim de obter conhecimento da dinâmica do paciente em seus aspectos biopsicossociais, informações valiosas o suficiente para embasar a utilização de meios para a intervenção e o planejamento terapêuticos mais adequados³⁷. Incluir na investigação de saúde de um paciente em drogadição as necessidades humanas básicas significa reconhecê-las como geradoras de condições ou situações que o indivíduo, a família ou a comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de seu suprimento, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não, e que exigem uma resolução⁴⁶.

2.4.7 Exame psíquico

A investigação das funções cognitivas e da capacidade de adaptação e tolerância ao stress, que compõem o exame psíquico do paciente, admite, dentre outros aspectos, a contribuição da autoestima na composição do prejuízo psíquico, com base na Teoria de Lydia Hall³³, assim como da consciência do indivíduo da qual a saúde é a expansão. Reconhecendo que o padrão de comportamento do paciente existe anteriormente às mudanças estruturais e funcionais do corpo, se emprega a teoria de Margareth Newman³², para investigação de hábitos atuais e passados.

Adicionalmente, o exame psíquico possibilita identificação das crenças e dos valores sobre saúde e doença, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento das decisões e ações, conforme a teoria de Madeleine Leininger¹². Considera-se também que o indivíduo em drogadição sofre ação dos estímulos externos, os quais contribuem para romper seu sistema adaptativo e seus mecanismos de enfrentamento, diminuindo o insight e o sistema de adaptação, tal como preconiza Callista Roy^{30,32}.

O conjunto de informações levantadas na investigação do exame psíquico do paciente drogadito também se justifica, com base nas afirmações de Johnson²⁴, na teoria dos subsistemas, ao admitir que o equilíbrio corporal pode ser alterado em

função de modificações em qualquer dos subsistemas isoladamente. Por exemplo, a redução de autoestima, investigada na Teoria de Neuman, pode comprometer o desempenho profissional do paciente e, assim, o subsistema de ocupação associado à autorrealização²³.

É relevante observar que o exame psíquico é a parte do atendimento de enfermagem fundamentada no maior número de Teorias de Enfermagem. Cada uma delas prioriza um aspecto psíquico, mas na investigação de enfermagem direcionada ao planejamento do cuidado, todos eles devem ser contemplados.

No exame psíquico, é relevante também investigar as características de drogadição, as quais não estão incluídas em qualquer das Teorias de Enfermagem. Devem ser detalhados tipo de droga, forma e frequência de uso, associações com álcool ou outras drogas. Essas informações, juntamente com os danos sociais e econômicos decorrentes da prática ilícita, são utilizadas no planejamento dos cuidados.

Outro aspecto para o qual o enfermeiro deve atentar durante o exame psíquico de paciente em drogadição é a existência de barreira cultural, a qual pode dificultar a adesão do paciente ao tratamento. A atenção a paciente em drogadição deve considerar que praticamente em todas as culturas e nas mais diferentes épocas, são eleitas determinadas substâncias desse tipo (ou grupos delas) que auxiliam no relacionamento social, marcam festividades, ou favorecem rituais de cunho místico/religioso⁴⁷. Desse modo, a drogadição pode ter sido iniciada como parte de tradições socioculturais, o que prejudica a compreensão do paciente quanto aos prejuízos a sua saúde.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas ilícitas é assunto chave na agenda internacional. O problema foi analisado em vários projetos e é objeto de diretrizes de ação, estabelecidas por organizações internacionais/nacionais, não-governamentais e governamentais, nos níveis de governo federal, estadual e municipal e em outras instituições e associações. Essas diretrizes apontam a necessidade de oferta de atendimento diferenciado a essa população⁴⁸.

No Brasil, consoante com os esforços internacionais, o Ministério da Saúde criou os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), pela Portaria GM/MS nº 336/2000. São serviços de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Esse atendimento, prestado por uma equipe da qual o enfermeiro é membro nato, deve propiciar condições para oferta de uma assistência individualizada. Significa dizer que o emprego de um protocolo de atendimento, com o objetivo de identificação das necessidades do paciente e, ao mesmo tempo, a construção da proposta para atendimento e cuidado específico e direcionado à necessidade de atendimento por outros profissionais da equipe multidisciplinar⁴⁹, ao mesmo tempo em que sistematiza o cuidado de Enfermagem, proporciona melhor integração da equipe com o paciente, a família, a comunidade, bem como entre os membros da equipe de saúde, conferindo maior adequação à assistência⁵⁰.

Falar em cuidar em enfermagem é sinônimo de falar de um processo sistematizado, ordenado e amplo, que pode ser aprimorado pelo emprego de um protocolo sistematizado e fundamentado em evidências e Teorias de Enfermagem. Esse instrumento de trabalho para assistência a paciente drogadito pode oferecer melhores condições para que o enfermeiro e toda a equipe de saúde juntos considerem a dinâmica do paciente em seus aspectos biopsicossociais, servindo de base para a intervenção e o planejamento terapêutico mais adequados

Referências

1. Maliska ICA. Editorial - A historia da enfermagem como instrumento político da profissão. *HERE - Hist da Enferm.* 2012;3(1):1–2.
2. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(1):261–5.
3. Padilha MICDS, Mancia JR. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(6):723–6.
4. Andrade AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(16):96–8.
5. Pereira Neto AF. Interfaces da história da Enfermagem: uma potencial agenda de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006;10(3):524–31.
6. López-Parra M, Santos-Ruiz S. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica.* 2006;16(4):218–21.

7. Køhler D, Christophersen H. Psychiatric nursing. Assessment of aggressive behavior. *Sygeplejersken*. 1991;91(21):4–7.
8. Queirós PJP, Vidinha TSS, D’Almeida Filho AJ. Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enferm Ref*. 2014;IV(3):157–64.
9. Melo LP. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. *Ensaio e Ciência*. 2011;14(2):21–32.
10. Ahmad SA. Theories and models of nursing. *Recent Adv Nurs*. 2015;24:i – ii, 1–157.
11. George JB. Teorias de Enfermagem. 4th ed. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2000. 355 p.
12. Guzmán OA, González MIC, Piña MAG, Flores AS, Meléndez RMO. Madeleine Leininger : un análisis de sus fundamentos teóricos. *Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM*. 2007;4(2):26–30.
13. American Nurses Association. Nursing : Scope and Standards of Practice. 2nd ed. Maryland: American Nurses Association; 2010. 1-185 p.
14. Santos ZMSA, Oliveira VLM, Pagliuca LMF. Teoria de Peplau - análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. *Rev Rene*. 2004;5(2):110–7.
15. Arce AH, Gámiz EBL, Navarro FM, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastor Adict*. 2003;5(2):58–74.
16. D’Antonio P, Beeber L, Sills G, Naegle M. The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nurs Inq*. 2014;21(4):311–7.
17. Armstrong MA, Kelly AE. More than the sum of their parts: Martha Rogers and Hildegard Peplau. *Arch Psychiatry Nurs*. 1995;IX(1):40–4.
18. Ferreira A, Demutti CM, Gimenez PEO. A Teoria das Necessidades de Maslow: a Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho. XIII SEMAd - Seminários em Administração. 2010. p. 1–17.
19. Horta W de A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 1-56 p.
20. Halloran EJ. Virginia Henderson and her timeless writings. *J Adv Nurs*. 1996;23(1):17–24.
21. Jiménez-Castro AB, Salinas-Durán TM, Sánchez-Estrada T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enfermegem IMSS*. 2004;12(2):61–3.
22. Rubio MD, Rosales CMH, Meléndez RMO. Fundamentos Filosóficos de la

propuesta de Virginia Avenel Henderson. *Enferm Univ.* 2007;4(1):24–7.

23. Vallejo JCB, Cobo JFL. *Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. 1st ed. Jaén: Ilustre Colégio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. 217 p.

24. Johnson DE. *The conceptual model of nursing*. California: Vanderbilt University; 1968. p. 1–11.

25. Recabal JEC. La Resiliencia : una mirada desde la Enfermería. *Cienc y Enferm.* 2010;XVI(3):27–32.

26. Wandekoken KD, Siqueira MM. Implementation of the Nursing Process to a crack user based on Betty Neuman model. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(1):62–70.

27. Ross MM, Bourbonnais FF. The Betty Neuman Systems Model in nursing practice: a case study approach. *J Adv Nurs.* 1985;10(3):199–207.

28. Fawcett J. The nurse theorists: 21st-century updates--Dorothea E. Orem. *Nurs Sci Q.* 2001;14(1):34–8.

29. Rocha DMA, Pagliuca LMF. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm.* 2003;2(3):286–93.

30. Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan.* 2009;9(1):62–72.

31. Flores LD de, Villalobos MMD de, Pardo PG de, Daza BG, Obando EG de, Acuña YG de, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan.* 2009. p. 19–23.

32. Gallardo A. Evolución del conocimiento en enfermería. *Medwave.* 2011;Año XI(4):1–5.

33. Wiggins LR. Lydia Hall's place in the development of theory in nursing. *Image (IN).* 1980;12(1):10–2.

34. Elder R, Evans K, Nizette D. *Psychiatric and mental health nursing*. 3rd ed. Australia: Libby Houston; 2005. 639-641 p.

35. Benseñor IM. Anamnese, exame clínico e exames complementares como testes diagnósticos. *Rev Med (São Paulo).* 2013;92(4):236–41.

36. Santos N, Veiga P, Andrade R. A importância do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2011;64(2):355–8.

37. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2nd ed. Artmed; 2008. 1-271 p.

38. Videbeck SL. *Psychiatric-mental Health Nursing*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 1-546 p.

39. Alligood M. Introduction to Nursing Theory: Its History, Significance, and Analysis. Nursing Theories and their work. Greenville; 2013. p. 2–13.
40. Almeida VDCF, Lopes MVDO, Damasceno MMC. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):202–10.
41. The Joint Commission. Patient identification policy. Patient Saf Solut. 2011;1(May):1–26.
42. Schmitt M, Aschenbrener CA, Viggiano TR. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington DC; 2011.
43. Clarke L. Challenging ideas in psychiatric nursing. 1999. 180 p.
44. Barros ALBL. Anamnese e Exame Físico - Avaliação Diagnóstica de Enfermagem No Adulto. 2nd ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2010. 1-440 p.
45. Maslow AH. Motivação e personalidade. 2nd ed. Nova York: Harper & Row; 1970. 1-205 p.
46. Oliveira R da S. Protagonizando a Enfermagem: uma reflexão para entendê-la. Rev Interface da Saude. 2014;1(1):52–6.
47. Neves ACL, Miasso AI. “Uma força que atrai: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(spe):589–97.
48. Ventura CAA, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MDGM, et al. Laws and policies on illicit drugs in Brazil and the perspective of drug users’ family members and acquaintances: a study in the City of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2009;17(Spec N^o):810–6.
49. Santos WN. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. J Manag Prim Heal Care. 2014;5(2):153–8.
50. Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. Enferm em Foco. 2010;1(2):63–5.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo configura-se como a expansão de algumas questões que emergiram a partir de minha função como profissional atuante na atenção à saúde mental em alguns municípios do estado de Pernambuco. Observando as condutas em cada município, consigo observar que em cada serviço de saúde mental disponível na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) municipais, a posição do enfermeiro ainda não se apresenta bem definida perante a equipe multiprofissional, por isso, o enfermeiro não consegue desenvolver adequadamente sua assistência na saúde mental.

Isto nota-se pelo fato de que tal profissional não utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nem tão pouco as demais etapas do processo de enfermagem. Também se observa que não há um instrumento específico para a avaliação do enfermeiro para com o cliente, como existe para os demais membros da equipe multidisciplinar. Já em relação à formação, é observado que na escolha dos municípios para tal função, ainda não é exigida a especialidade em psiquiatria para o profissional de enfermagem.

4 PERGUNTAS CONDUTORAS

O conteúdo do protocolo avaliatório do estado de saúde mental de paciente em drogadição permite identificar claramente o objeto de avaliação, os profissionais envolvidos na avaliação, e a propriedade dos fatores avaliados para adequação do plano de cuidados integrais?

Considerando que a dependência química é uma enfermidade em que os usuários perdem as referências sociais, culturais e de suas necessidades humanas básicas, o conteúdo do protocolo avaliatório do estado de saúde mental desses usuários contempla os diversos momentos do cuidar em enfermagem com qualidade?

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Elaborar um protocolo que aproprie o profissional de enfermagem para construção do perfil do estado de saúde mental de drogaditos com base nas teorias do cuidar em enfermagem.

5.2 Específicos

- ✓ Submeter o instrumento para avaliação de juízes com o propósito de validar o conteúdo proposto pela avaliação.
- ✓ Verificar o nível de concordância dos juízes quanto ao conteúdo dos itens da proposta do instrumento baseado nas teorias do cuidar, para permitir a transposição das necessidades.

6 MÉTODOS

6.1 Tipo de estudo

O estudo, do tipo metodológico, não experimental, se refere ao desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, segundo Polit e Beck (2006).

6.2 Local do estudo

O local de estudo foi o Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, onde se reuniram os juízes para avaliação do instrumento de pesquisa, em agosto de 2015. A escolha do local de estudo teve por base ser o Departamento de origem do Orientador desta dissertação, bem como a disponibilidade de salas adequadas para discussão em grupo.

6.3 Etapas da construção do instrumento de avaliação

Este estudo obedeceu à metodologia de construção de instrumento de avaliação proposta por Fitzpatrick (1983) bem como por Rattray e Jones (2007). Para tanto foram admitidas cinco etapas:

Primeira Etapa - consistiu de uma revisão integrativa da literatura acerca da aplicação das teorias do cuidar em Enfermagem, para a qual foram obedecidos os passos:

- ❖ Buscar as teorias pensando no momento em que o paciente está sendo atendido
- ❖ Identificar as teorias que embasam cada um dos itens integrantes do protocolo de avaliação de Enfermagem, incluindo os contextos biológico, social (relacionamento interpessoal, dor sentimental, relacionamento familiar), espiritual, atitudes e comportamentos (RATTRAY; JONES, 2007).

Segunda Etapa - Nessa etapa, o objetivo foi a construção dos itens avaliatórios relativos ao histórico de enfermagem (inicial e sequencial durante o tratamento)

para que sua adequabilidade permitisse assegurar a avaliação dos aspectos atitudinais e comportamentais a que o protocolo se propõe.

O protocolo AENA contém múltiplos itens avaliatórios em cada domínio para evitar o viés de interpretação e as interpretações errôneas, contribuindo assim para redução dos erros de avaliação (RATTRAY; JONES, 2007).

Metodologicamente, buscou-se definir itens que correspondessem a domínios claramente estabelecidos pelas Teorias de Enfermagem, bem como julgar se esses itens refletiam o conteúdo dos domínios que se pretendia avaliar (FITZPATRICK, 1983).

Ao final dessa etapa, o protocolo de Avaliação de Enfermagem das Necessidades do Adicto estava construído, sempre buscando embasamento nas evidências científicas de atitudes e comportamentos de pacientes psiquiátricos (Apêndice 1).

Terceira Etapa: consistiu em submeter o protocolo AENA à avaliação de quatro juízes. A escolha dos juízes e seu processo de avaliação de conteúdo do protocolo AENA obedeceram ao modelo Delphi.

Dentre os juízes, dois eram Enfermeiras com especialização e vivência profissional em saúde mental, um terceiro juiz era Enfermeira com especialização em metodologia da pesquisa e um quarto membro era médico psiquiatra, com especialização e vivência por mais de cinco anos no diagnóstico e tratamento de pacientes com dependência química. O juiz com formação em Psiquiatria auxiliou na adequação de linguagem para tornar o protocolo AENA mais integrado à realidade de uma equipe multiprofissional de cuidado psiquiátrico.

A grade de avaliação (Apêndice 2) estava dividida em três domínios para permitir aos juízes avaliar forma, conteúdo e aplicabilidade do protocolo, oferecendo críticas e sugestões em cada domínio.

Quarta etapa: em conjunto com os juízes, a pesquisadora realizou a adequação do protocolo AENA, por meio de consenso, tomando por base as evidências de Enfermagem e de Psiquiatria, bem como as orientações dos Professores Orientador e Co-Orientador.

Quinta Etapa: consistiu na definição da escala de mensuração empregada em cada item do protocolo de Avaliação de Enfermagem das Necessidades do Adicto, devido à existência de diversas escalas de mensuração, suas

especificidades e sua influência na análise dos resultados que guiam as demais etapas do processo de enfermagem.

Para os itens de caracterização da drogadição, admitindo a escala adotada no protocolo ASSIST, versão 2.0 (nunca, 1 a 2 vezes, mensalmente, semanalmente, diariamente ou quase todo dia) foi empregada escala de Thurstone, pois a importância reside no número de determinado evento, admitindo haver um *continuum* tempo/espaço para que tais eventos se repetissem (HENRIQUE et al., 2004).

Para os itens que respeitem a uma hierarquia de ocorrência, ou seja, uma característica que pode evoluir para graus maiores ou menores de manifestação, foi empregada a escala de Guttman (itens de adequação do vestuário ao ambiente, que integra o exame físico; atitude com a saúde e adaptação à terapia, que integram a percepção e controle da saúde nas necessidades básicas) (OLIVEIRA, 2001).

7 ASPECTOS ÉTICOS

Em obediência o que preceitua a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram garantidos os aspectos referentes à privacidade, confidencialidade de opiniões, anonimato, respeito aos valores socioculturais, assim como liberdade de retirar o consentimento de participação dos juízes a qualquer momento. Os aspectos éticos deste estudo se baseiam nos três princípios bioéticos: a beneficência, a autonomia e o respeito à dignidade e à justiça, que norteiam os padrões de conduta ética para o desenvolvimento da pesquisa.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo a ser submetido à apreciação do Comitê Editorial da Revista Avance em Enfermeria

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação de Enfermagem das Necessidades do Adicto – AENA – construção e validação

Nursing Evaluation of Addiction Needs – NEAN – construction and validation

8.1 Introdução

A assistência de enfermagem é desenvolvida a partir de um suporte teórico acompanhado de padronização adequada isto evita a prática do exercício profissional imperito, negligente ou imprudente, evitando danos possíveis à clientela que necessita de cuidados, acarretando problemas legais e éticos aos profissionais e descrédito da classe pela sociedade. O desenvolvimento de protocolos assistenciais em enfermagem é uma forma sistemática de atender os princípios legais e éticos da profissão, utilizando o conceito da prática baseada em evidências, seguindo às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde o instrumento será utilizado (PIMENTA et al., 2014).

Todo o processo de enfermagem precisa ser sistematizado para contemplar o maior número de necessidades do paciente, do que deriva admitir-se a importância do uso de protocolos de avaliação.

Um protocolo de avaliação de enfermagem descreve situações e condições específicas que devem ser empregadas, com o intuito de padronizar e sistematizar a assistência e o processo ensino-aprendizagem da enfermagem para o paciente.

No regime de internamento, o protocolo é utilizado como instrumento de avaliação diagnóstica e de planejamento do cuidado, por direcionar os enfermeiros na tomada de decisão de situações de assistência para recuperação ou reabilitação da saúde (POLIT; BECK, 2006; PIMENTA et al., 2014). Serve, também, para integrar as ações dos diversos profissionais, conferindo maior objetividade assistencial. Nesse sentido, o protocolo auxilia a equipe de saúde a corrigir o déficit de

autocuidado do paciente, prestando cuidados direcionados aos aspectos mais comprometidos (FAWCETT, 2001; AHMAD, 2015), o que pode facilitar ao paciente ganhar independência para atender a suas necessidades, num tempo menor (HALLORAN, 1996; JIMÉNEZ-CASTRO et al., 2004).

No regime de internamento, o emprego do protocolo permite ainda identificar o padrão comportamental, nos componentes psíquico, de caracterização de drogadição e de história psicossocial. Já que a doença tem padrão pré-existente, essa identificação dá condições para planejamento da mudança comportamental, a partir da análise de estabilidade dinâmica de seus subsistemas (JOHNSON, 1968; LÓPEZ-PARRA; SANTOS-RUIZ, 2006; HEIN; SCHARER, 2015).

De posse de uma gama maior de informações sistematizadas e objetivas, o enfermeiro e todos os demais membros da equipe de cuidados têm no protocolo um instrumento facilitador de comunicação com o paciente, construindo melhor relação interpessoal (SANTOS et al., 2004; ALMEIDA et al., 2005).

No regime de atendimento ambulatorial, como se caracteriza aquele que ocorre nos CAPSad, o protocolo é útil para direcionar o planejamento de assistência por meio de ações educativas sistematizadas. Ao investigar o item de higiene domiciliar, do componente segurança e meio ambiente, assim como o componente de exame físico, podem-se planejar ações de ensino-aprendizagem do autocuidado, aproximando o que o paciente pode fazer ao que ele precisa fazer para manter o funcionamento ideal de seu organismo (FAWCETT, 2001; QUEIRÓS et al., 2014).

A sequência dos atendimentos ambulatoriais é útil para avaliar crenças e valores que o paciente atribui à drogadição e, conseqüentemente, que contribuem para seu pensamento e ações. A partir desse conhecimento, o enfermeiro pode melhor direcionar o plano de ensino-aprendizagem de forma a contribuir para modificações no autocuidado pela modificação cultural (GUZMÁN et al., 2007; MELO, 2011). Nessa sequência avaliatória, pode-se também aquilatar a autoestima do paciente, direcionando ações educativas que a reforcem, de forma a contemplar cuidados ao corpo e à pessoa, no contexto de drogadição (HORTA, 1979; WIGGINS, 1980).

Na medida em que as ações de enfermagem voltadas ao processo ensino-aprendizagem têm sequência, é possível monitorar sua influência sobre o sistema comportamental, as interações sociais, a obediência ao tratamento farmacológico, o que pode melhorar a percepção de bem-estar do paciente. Considerando-o como

um sistema aberto, as ações podem ser planejadas de forma a ajudar o paciente no disciplinamento das informações a que ele dará importância (entradas) e das respostas que oferecerá a essas informações (saídas), aumentando seu potencial de adaptação pela retroalimentação positiva (ROSS; BOURBONNAIS, 1985; FLORES et al., 2009; MORENO-FERGUSON; ALVARADO-GARCÍA, 2009; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

O protocolo deve ser considerado um suporte técnico-pedagógico para a assistência de enfermagem, padronizando-a de forma que discipline a atuação profissional do enfermeiro proporcionando uma acreditação da classe pela sociedade. Os protocolos assistenciais em enfermagem devem ser elaborados respeitando princípios éticos e legais da profissão; devem englobar práticas baseadas em evidências, regulamentadas pelo sistema de saúde nacional, estadual e municipal e pelo serviço de saúde onde será utilizado (ENDERS; DAVIM, 2003).

Dentre as vantagens para o uso de protocolos estão segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, facilitação de introdução de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso racional dos recursos. Adicionalmente, o emprego de protocolo de avaliação possibilita desenvolver indicadores de qualidade no processo de cuidar e na comunicação profissional promovendo a coordenação do cuidado a disseminação do conhecimento (PALESE et al., 2014).

Ao identificar que, diferente das demais áreas de atuação da Enfermagem, a de saúde mental ainda carece de instrumento que subsidie a coleta de dados na primeira consulta, este artigo tem por objetivo apresentar a validade de um protocolo de avaliação das necessidades de pacientes adictos.

8.2 Métodos

Procedeu-se a estudo tipo metodológico, não experimental, adequado ao desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos de avaliação e pesquisa (POLIT; BECK, 2006), no Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, entre agosto e novembro de 2015.

A metodologia de construção de instrumento de avaliação obedeceu a cinco etapas (FITZPATRICK, 1983; RATTRAY; JONES, 2007). Na primeira, buscaram-se

as teorias de enfermagem que embasavam cada um dos itens integrantes do protocolo de avaliação de Enfermagem, incluindo os contextos biológico, social (relacionamento interpessoal, dor sentimental, relacionamento familiar), espiritual, atitudes e comportamentos (RATTRAY; JONES, 2007). Na segunda etapa, construiu-se o protocolo de Avaliação de Enfermagem das Necessidades do Adicto (AENA), incluindo aspectos atitudinais e comportamentais que devem integrar o histórico de enfermagem (inicial e sequencial durante o tratamento). Metodologicamente, buscou-se definir itens que correspondessem a domínios claramente estabelecidos pelas Teorias de Enfermagem e identificar se refletiam o que se pretendia avaliar (FITZPATRICK, 1983). A terceira etapa foi dedicada a submeter o protocolo AENA à avaliação de quatro juízes (três enfermeiras especialistas em saúde mental e um médico psiquiatra), obedecendo a uma grade de avaliação dos domínios de forma, conteúdo e aplicabilidade, pautada no modelo Delphi.

A avaliação dos juízes continha três aspectos do protocolo: avaliação da forma, avaliação do conteúdo e adequação ao serviço. Na avaliação da forma, foram incluídas: apresentação gráfica, adequação de linguagem, sequência de assuntos, detalhamento das informações, completude da recuperação de informações relevantes e facilidade no registro dos dados. Na avaliação do conteúdo, foram analisadas: compreensão, relevância das informações, coerência das informações, contribuição para a objetividade, avaliação do contexto sociocognitivo, contribuição para o julgamento clínico. Para aquilatar a adequação do protocolo ao serviço, os juízes pontuaram adequabilidade às situações, agilização do atendimento, aplicabilidade a outros profissionais, força de evidência, grau de recomendação e pertinência para a prática. Todos os itens foram categorizados em escala de Likert, variando de 1 (péssimo) a 5 (ótimo). Foram considerados adequados os itens que obtiveram média de pontuação igual ou maior que 4,0 (correspondendo a bom, na escala de Likert). Em decorrência, os itens com média de pontuação menor que quatro foram reformulados, em obediência à sugestão dos juízes.

Após adequação do protocolo AENA às evidências de Enfermagem e de Psiquiatria e proposições dos juízes, a qual integrou a quarta etapa, definiu-se a escala de mensuração de cada item quantitativo. Para caracterização da drogadição, foi empregada escala de Thurstone, com as opções iguais às do protocolo ASSIST, versão 2.0 (nunca, 1 a 2 vezes, mensalmente, semanalmente,

diariamente ou quase todo dia), admitindo haver um *continuum* tempo/espaço para que tais eventos se repetissem (HENRIQUE et al., 2004). Para os itens que respeitavam a uma hierarquia de ocorrência, ou seja, podiam evoluir para graus maiores ou menores de manifestação, foi empregada a escala de Guttman (itens de adequação do vestuário ao ambiente, que integra o exame físico; atitude com a saúde e adaptação à terapia, componentes de percepção e controle da saúde nas necessidades básicas) (OLIVEIRA, 2001).

Foram garantidos os aspectos referentes à privacidade, confidencialidade de opiniões, anonimato, respeito aos valores socioculturais, assim como liberdade de retirar o consentimento de participação dos juízes.

8.3 Resultados

Na Tabela 1, estão expressas as pontuações dos juízes para a avaliação da forma do protocolo. O item identificação do paciente foi considerado inadequado na sequência dos assuntos, pela falta de informações do paciente relativas a escolaridade, pessoa com quem residia à época do primeiro atendimento e ocupação exercida.

Para o item de estado atual de saúde, os juízes atribuíram média de 3,75 pontos também na sequência dos assuntos, em virtude da escassez de opções para informar história de outras doenças e ausência de informação sobre a procura de serviços de saúde com regularidade.

Nos antecedentes pessoais, foi a falta de opção para assinalar história de traumatismo crânio-encefálico, de ideação suicida, assim como um item de outras enfermidades prévias, que contribuíram para uma média igual a 3,50 na pontuação de sequência dos assuntos e média de 3,75, no item de detalhamento das informações. Nos antecedentes familiares e de drogadição, os juízes atribuíram média de 3,75 pontos tanto no item de sequência dos assuntos como no detalhamento das informações, em decorrência de entenderem que as informações de motivo por busca de assistência, forma de busca e agente referenciador deveriam estar contidas na investigação da história pregressa de drogadição.

Itens do Protocolo AENA a serem avaliados	Apresentação gráfica	Adequação da linguagem	Sequência de assuntos	Detalhamento das informações	Completeness da recuperação das informações relevantes	Facilidade de registro dos dados
	μ	μ	μ	μ	μ	μ
1 Identificação do paciente	4,0	4,0	3,75	4,5	4,5	4,75
2 Identificação do cuidador	4,0	4,0	4,0	4,0	4,5	4,5
3.1. Estado de saúde atual	4,25	4,0	3,75	4,25	4,0	4,75
3.2 Antecedentes pessoais	4,25	4,0	3,5	3,75	4,0	4,75
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição	4,25	4,0	3,75	3,75	4,25	4,5
3.4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	4,75	4,5	4,0	3,75	3,75	4,5
3.5 História pregressa da drogadição	4,25	4,0	3,75	4,0	4,0	4,75
3.6 Caracterização da drogadição	3,5	3,5	4,5	3,5	4,0	4,5
3.7 Segurança e meio ambiente	4,75	4,0	4,5	4,25	4,5	4,5
4 história psicossocial	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,75
5.1 Inspeção	4,75	4,5	4,5	4,5	4,5	4,75
5.2 Necessidades básicas	4,5	4,75	4,5	4,5	4,5	4,5
6 Exame psíquico	4,5	4,5	4,75	4,25	4,25	4,5

Nos antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou o paciente, as pontuações de detalhamento das informações e de completude da recuperação de informações relevantes alcançaram média 3,75, devido à necessidade de mudança da redação nas questões que investigavam a forma como o paciente fora tratado na infância; as características do cuidador e a tipificação dos maus tratos.

Quanto à história pregressa de drogadição, houve média igual a 3,75 no item de sequência dos assuntos, a qual foi atribuída à falta de informação sobre a regularidade de uso de droga, bem como a vivência de qualquer envolvimento legal advindo do uso de drogas de abuso.

Foi a caracterização da drogadição que obteve inadequação de forma do protocolo (com média de 3,5 pontos) em um maior número de itens (apresentação gráfica, adequação da linguagem e detalhamento das informações). Os juízes atribuíram a inadequação em virtude da falta de categorização da periodicidade de uso de droga de abuso (uso na vida e uso atual).

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados da avaliação de conteúdo do protocolo AENA, na qual se observa que exclusivamente a informação sobre

segurança e meio ambiente foi considerada inadequada com relação à contribuição para o julgamento clínico, com média igual a 3,75, devido à ausência de informações

relativas a vivência de preconceitos e estigmas integrando a história de violência pessoal.

Tabela 2 – Distribuição de médias de pontuação atribuídas aos itens de avaliação do conteúdo do AENA – Recife, 2015

Itens do Protocolo AENA a serem avaliados	Compreensão	Relevância das informações	Coerência das informações	Contribuição para a atividade	Avaliação do contexto sociocognitivo	Contribuição para o julgamento clínico
	μ	μ	μ	μ	μ	μ
1 Identificação do paciente	4,5	4,5	4,5	4,25	4,5	4,5
2 Identificação do cuidador	4,5	4,75	4,5	4,75	4,5	4,5
3.1. Estado de saúde atual	4,5	4,75	4,0	4,75	4,5	4,5
3.2 Antecedentes pessoais	4,5	4,75	4,25	4,75	4,5	4,75
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição	4,0	4,75	4,5	4,75	4,5	4,5
3.4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	4,0	4,5	4,0	4,25	4,0	4,0
3.5 História pregressa da drogadição	4,5	4,5	4,5	4,75	4,5	4,75
3.6 Caracterização da drogadição	4,5	4,75	4,25	4,75	4,5	4,75
3.7 Segurança e meio ambiente	4,75	4,75	4,25	4,75	4,25	3,75
4 história psicossocial	4,75	4,75	4,75	4,75	4,5	4,5
5.1 Inspeção	4,5	4,75	4,5	4,75	4,75	4,75
5.2 Necessidades básicas	4,75	4,75	4,5	4,75	4,75	4,5
6 Exame psíquico	4,75	4,75	4,5	4,75	4,57	4,5

Na Tabela 3, observam-se as pontuações atribuídas à adequação ao serviço do protocolo AENA, identificando-se que também um único item relativo à caracterização a drogadição foi categorizado como inadequado, recebendo média de pontuação igual a 3,75, no item de força de evidência. Os juízes entenderam que deveria haver explicitação de frequência de uso na vida e de uso atual da droga.

Tabela 3 – Distribuição de médias de pontuação atribuídas aos itens de adequação ao serviço do AENA – Recife, 2015

Itens do Protocolo AENA a serem avaliados	3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	3,5 História pregressa da drogadição	3,6 Caracterização da drogadição
	μ	μ	μ
1 Identificação do paciente	4,5	4,5	4,5
2 Identificação do cuidador	4,5	4,75	4,5
3.1. Estado de saúde atual	4,5	4,75	4,0
3.2 Antecedentes pessoais	4,5	4,75	4,25
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição	4,0	4,75	4,5

Adequabilidade às situações					
	Aplicação do documento	Aplicabilidade a outros profissionais	Força de evidência	Grau de recomendação	Pertinência para prática
μ	μ	μ	μ	μ	μ
4,5	4,75	4,5	4,75	4,75	4,75
4,75	4,75	4,75	4,25	4,25	4,75
4,75	4,75	4,75	4,5	4,5	4,75
4,75	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75
4,25	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75
4,0	4,75	4,75	4,0	4,0	4,75
4,75	4,75	4,75	4,0	4,75	4,75
4,25	4,75	4,75	<u>3,75</u>	4,0	4,75

3.7 Segurança e meio ambiente	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75
4 história psicossocial	4,75	4,75	4,75	4,75	4,25	4,75
5.1 Inspeção	4,75	4,75	4,75	4,75	4,5	4,75
5.2 Necessidades básicas	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75
6 Exame psíquico	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75

Em decorrência das recomendações dos juízes, procedemos às adequações no protocolo, tal como se verifica no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos itens do AENA modificados por recomendação dos juízes – Recife, 2015

Itens do Protocolo AENA submetidos a alteração por recomendação dos juízes	Redação anterior	Modificações
1 Identificação do paciente	Cuidador	Inclusão - opção sexual Inclusão - Com quem reside Inclusão - Ocupação atual Inclusão do CEP no endereço
	Cuidador	Acompanhante
2 Identificação do cuidador	Situação laboral	Acompanhante Inclusão – O acompanhante sente-se preparado para auxiliar o paciente? Situação laboral atual
3.1. Estado de saúde atual		Inclusão – Procura ou frequenta serviços de saúde com regularidade?
3.2 Antecedentes pessoais		Inclusão – ideiação suicida, traumatismo crânio-encefálico, outros
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição		Exclusão – Motivo de busca por assistência Exclusão – Forma de busca por assistência Exclusão – Agente referenciador
3.4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	Teve bom tratamento por parte de quem cuidou dele na infância	Teve bom tratamento por parte de quem cuidou de você na infância
	Especifique o tipo	Especifique o tipo de maus-tratos
3.5 História pregressa da drogadição		Inclusão - Motivo de busca por assistência Inclusão – Forma de busca por assistência Inclusão – Agente referenciador Inclusão – Motivação para início do uso Inclusão – Problemas legais vivenciados
3.6 Caracterização da drogadição		Inclusão de uso na vida e uso atual
3.7 Segurança e meio ambiente		Inclusão – Vivência de preconceitos e estigmas no trabalho, na escola, na rua, na residência, no bairro
4 História psicossocial	História de violência	História de violência pessoal
	Nível completo	Nível completo de escolaridade
		Inclusão no item de Religião - Especifique o motivo do abandono independente
	Recursos comunitários – participação sim/não	Recursos comunitários – participação sim/não eventualmente
	Mudanças na vida nos últimos um a dois anos – Novo bebê	Mudanças na vida nos últimos um a dois anos – Novo filho
	Atividades recreativas – participação sim não	Atividades recreativas – participação sim não eventual
5.1 Inspeção		
5.2 Necessidades básicas		
6 Exame psíquico		

8.4 Discussão

A identificação de que a área de saúde mental, em Enfermagem, carece de sistematização, foi um convite para a construção deste protocolo, admitindo que consiste na descrição de uma situação específica de assistência, que requer detalhes operacionais e especificações sobre procedimentos a serem conduzidos pelos profissionais, durante a tomada de decisão da assistência. O protocolo prevê ações de avaliação, de diagnóstico e de cuidados, além de ser instrumento legal (PIMENTA et al., 2014). Quanto ao tratamento, esse instrumento possibilita planejar e executar intervenções educacionais por diversas técnicas, bem como intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

Para que esses objetivos do uso de um protocolo sejam alcançados, é que foram valorizadas todas as avaliações dos juízes, atribuindo igual importância aos diversos fatores analisados. Entendemos que a apresentação gráfica de um protocolo é tão relevante quanto o detalhamento, a coerência, a adequabilidade das informações, a facilidade de registro dos dados, a agilização do atendimento ou a pertinência das informações para a prática. Essa equanimidade de valores teve por fundamento uma enfermagem centrada no paciente, ou seja, aquela que considera todos os pacientes como diferentes, do que decorre a preocupação de identificar as necessidades individuais de cada um, isolando-as e as avaliando por meio da prática baseada em evidências (EPSTEIN; STREET, 2011; SACRISTÁN, 2013).

Os protocolos devem ser de leitura de fácil compreensão, ter seu conteúdo válido, confiável, baseado em evidências científicas e apresentar comprovações de resultados efetivos. Adicionalmente, no caso de investigação de adictos, os protocolos devem ser convidativos à sinceridade, à confiança no profissional de saúde que realiza a anamnese, porque esse paciente tem como patologia de base um transtorno estigmatizado e que lhe tolhe o senso crítico.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos, nacionais e internacionais, existem alguns critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência, dentre os quais estão a identificação clara da instituição que emite o protocolo, o responsável por informar as situações e as categorias de pacientes para as quais o protocolo foi organizado, assim como o grupo de

profissionais que o implementará (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007; PROUS et al., 2009; PIMENTA et al., 2014).

Isto implica no desenvolvimento de um rigoroso processo de construção, contemplando a adaptação à realidade local, em sua implementação obedecendo a padrões guiados por indicadores de efetividade dos resultados, processos obedecidos na construção do AENA.

Para que esse protocolo pudesse atender à função de aprimorar a assistência a adictos, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações, propor condutas e estabelecer limites de ação e cooperação entre os membros da equipe multiprofissional de saúde, ele teve por base incluir informações nascidas da observação de características comuns a muitos adictos, com as quais se estabelecem conclusões aplicáveis a outros pacientes iguais aos estudados anteriormente, bem como as teorias de Enfermagem que buscam respeitar as particularidades de cada um (SACRISTÁN, 2013; PIMENTA et al., 2014).

Na construção do AENA foram considerados os princípios da prática baseada em evidências, a qual aponta a relevância do conhecimento da sequência de eventos que marcam a construção da saúde ou da doença de uma pessoa. Por esse motivo, procedeu-se às correções propostas pelos juízes na identificação do paciente e de seu acompanhante e dos antecedentes pessoais e de drogadição.

Incluir opção sexual, companhia de residência e ocupação do paciente em sua caracterização sociodemográfica respeita a Teoria Transcultural de Leininger, quando admite que o cuidar em Enfermagem deve respeitar as características culturais da pessoa (LÓPEZ-PARRA; SANTOS-RUIZ, 2006; MELO, 2011; QUEIRÓS et al., 2014).

A modificação do termo cuidador, empregado na versão do AENA submetida à avaliação dos juízes, para acompanhante consistiu em outra forma de obediência à Teoria de Leininger no que concerne às características da população de adictos (QUEIRÓS et al., 2014). Esses pacientes, quando buscam assistência, já romperam todas as relações sociofamiliares de forma que não dispõem mais de um cuidador, na acepção da palavra. Podem ainda assim contar com o apoio de alguém que os acompanhe (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2012).

Para que um protocolo possa oferecer opções sistematizadas de cuidado, ele deve obedecer a princípios estabelecidos de construção e validação. Dentre esses

princípios estão a definição clara do foco, da população a que se destina, o agente executor das ações, as estratégias de revisão da literatura e de implementação, análise das evidências, construção dos desfechos ou resultados esperados, sempre respeitando a validação pelos pares (ENDERS; DAVIM, 2003).

Dessa forma, promover modificações propostas por nossos pares em antecedentes familiares, pessoas que criaram o paciente, história pregressa, bem como caracterização de drogadição atendeu aos pressupostos das Teorias de Margareth Newman, Kalista Roy, Dorothea Orem, Beth Neuman e Hildegard Peplau, quando admitem que a saúde é uma expansão da consciência, que sofre adaptações ao longo da vida interferindo na capacidade de a pessoa realizar seu autocuidado de forma eficaz (ROSS; BOURBONNAIS, 1985; ARMSTRONG; KELLY, 1995; FAWCETT, 2001; MORENO-FERGUSON; ALVARADO-GARCÍA, 2009; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014; AHMAD, 2015; HEIN; SCHARER, 2015).

Na primeira versão do AENA, submetida à avaliação dos juízes, admitiu-se que no item de antecedentes familiares poderia ser investigado também a existência de drogadição por membros da família. Assim, o motivo e a forma de busca por assistência poderia ter sido, de algum modo, influenciada pelo passado familiar. Todavia houve a necessidade de melhor adequar a sequência de assuntos, respeitar a coerência nas informações e a contribuição delas para a objetividade. Transferiram-se esses conteúdos, assim como o agente referenciador, para o item de história pregressa da drogadição, de forma a centrar a atenção no paciente. Além disso, a partir da discussão dos juízes no processo de validação, emergiu a necessidade de inclusão da motivação para início do uso de droga e de problemas legais vivenciados pelo adicto.

As modificações a que nos referimos dizem respeito ao ensinamento de Peplau de que a comunicação interpessoal entre enfermeiro e paciente requer uma sequência lógica e adequada do que se tem a questionar, facilitando o raciocínio de ambos, o que constitui o substrato da formação do laço de confiança (SANTOS et al., 2004). Contribuem também para que o cuidado seja dirigido à autoestima do paciente e englobe o corpo, a pessoa e a doença, como considera Hall (WIGGINS, 1980; CUTCLIFFE et al., 2015).

Quanto à drogadição, os juízes indicaram a necessidade de emprego da quantificação como uso na vida e uso atual, para respeitar a um padrão de

consumo, possibilitando a caracterização teórico-científica de dependência química (LARANJEIRA, 2003).

Admitindo que o desenvolvimento: de um protocolo deve incluir grupos profissionais especialistas na área, por serem também futuros usuários finais do instrumento de investigação, bem como especialistas em metodologia de pesquisa científica para nortear a busca de evidências, a análise crítica da literatura científica, para construção do AENA foi acatada a sugestão dos juízes para emprego da escala de Thurstone, com opções iguais às do protocolo ASSIST (HENRIQUE et al., 2004; RATTRAY; JONES, 2007).

Interessante ressaltar a importância atribuída pelos juízes à investigação do entorno do drogadito. Tal como preconiza a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, enunciada por Wanda Horta, é importante considerar cada pessoa como um ser social, integrado a um meio, que pode lhe oferecer segurança ou o tornar vulnerável e frágil (HORTA, 1979; OLIVEIRA, 2014). Daí decorreu investigar na anamnese o item Segurança e Meio Ambiente, o qual deve ser interpretado como a análise do entorno psicossocial em que o paciente está imerso, integrado ou não, Dessa forma, foi necessário incluir o aspecto de preconceitos e estigmas. Eles podem comprometer a saúde mental do paciente e somar-se aos aspectos negativos que reforçam o consumo de drogas.

Por fim, a opinião dos juízes foi respeitada quanto à indicação para especificar o motivo de abandono de religião por parte do drogadito. Considerou-se, tal como Horta e Henderson, que a fé, além de ser uma necessidade básica, auxilia a construção de valores que podem ser úteis motivadores para a adesão ao tratamento, a manutenção da abstinência e o abandono da drogadição (HORTA, 1979; HALLORAN, 1996; AFOLAYAN et al., 2011).

Existem diversas vantagens apontadas para o uso de protocolos de assistência, dentre as quais: proporcionar maior segurança aos usuários e profissionais, uniformizar ações de cuidado, potencializar a qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilitar a agregação de novas tecnologias, incentivar a inovação do cuidado e desenvolver o uso mais racional dos recursos, disponibilizando maior transparência e controle dos custos. Além de tudo os protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores positivos no processo do cuidar em enfermagem, da aquisição de resultados, disseminação de conhecimento,

padronização da comunicação profissional e coordenação do cuidado (ENDERS; DAVIM, 2003).

Uma vez validado internamente, o protocolo AENA deverá passar pela validação por profissionais que o empregarão em sua prática profissional, do que poderão derivar novas adequações para garantir sua aceitação e utilização em larga escala. Esse processo de validação externa poderá apontar limitações, recomendações, com identificação e aconselhamento sobre práticas, ensejando suprir a lacuna de assistência a drogaditos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve por objetivo contribuir para uma assistência de Enfermagem centrada no paciente e baseada em evidências para que a sistematização possibilitasse ganho de qualidade e de comunicação enfermeiro-paciente-equipe profissional.

Dessa feita, elaborar o protocolo AENA que pode apropriar o profissional de enfermagem para construção do perfil do estado de saúde mental de drogaditos com base nas diversas teorias do cuidar em enfermagem foi um desafio, mas, sobretudo, um aprendizado enorme.

O retorno ao estudo das Teorias de Enfermagem renovou a interesse na construção de uma Enfermagem mais técnica, mais científica, mais comprometida com a inclusão do enfermeiro na equipe de saúde, resgatando-lhe a especificidade de seu saber e respeitando as demais áreas do conhecimento. Entendemos que o âmbito profissional da Enfermagem é de tal forma amplo e abrangente, dotado de importância social ímpar, que é dispensável reivindicar outras prerrogativas na atuação.

A Enfermagem em saúde mental ainda é um saber emergente, tal como ocorre com a Enfermagem Neurológica, ambas reconhecidas na Inglaterra, na França, nos Estados Unidos da América, na Austrália, porém ainda embrionária no Brasil. Dessa feita, a possibilidade de a construção e a validação interna do protocolo AENA auxiliarem na construção das especificidades da Enfermagem em saúde mental, mais especificamente no atendimento de drogaditos, aponta para termos atendido ao objetivo último desse Mestrado, ainda que não encerre nossos ideais.

Importante ressaltar que a validação de constructo será alvo de projeto de doutorado, dada a premência de se ofertar um documento com validade testada para emprego no atendimento de Enfermagem de pacientes psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- AFOLAYAN, J.; ABEBANJO, A.; OLUBUYU, K. Course Code: NSS401 Mental Health and Psychiatric Course. , 2011. Victoria Island: National Open University of Nigeria.
- AHMAD, S. A. Theories and models of nursing. **Recent Advances in Nursing**, v. 24, p. i-ii, 1–157, 2015.
- ALLIGOOD, M. Introduction to Nursing Theory: Its History, Significance, and Analysis. **Nursing Theories and their work**. p.2–13, 2013. Greenville.
- ALMEIDA, V. D. C. F.; LOPES, M. V. D. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 39, n. 2, p. 202–210, 2005.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing : Scope and Standards of Practice**. 2nd ed. Maryland: American Nurses Association, 2010.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 261–265, 2005.
- ARMSTRONG, M. A.; KELLY, A. E. More than the sum of their parts: Martha Rogers and Hildegard Peplau. **Archives of Psychiatry Nursing**, v. IX, n. 1, p. 40–44, 1995.
- BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 63–65, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 358 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em 20 ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. , 2009. Brasil: Diário Oficial da União, Brasília, 23 de outubro de 2009, Seção 1, nº. 203.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 429 que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. , 2012. Brasil: Diário Oficial da União de 08 de junho de 2012, Brasília, Seção 1, nº. 110.
- CUTCLIFFE, J. R.; HUMMELVOLL, J. K.; GRANERUD, A.; ERIKSSON, B. G. Mental Health Nurses Responding to Suffering in the 21st Century Occidental World: Accompanying People in Their Search for Meaning. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 29, n. 1, p. 19–25, 2015.
- ELDER, R.; EVANS, K.; NIZETTE, D. **Psychiatric and mental health nursing**. 3rd ed. Australia: Libby Houston, 2005.
- ENDERS, B. C.; DAVIM, R. M. B. Elaboração de Protocolos Clínicos: Problemas no uso da evidência. **Rev RENE Fortaleza**, 2003.
- EPSTEIN, R. M.; STREET, R. L. The value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 2, p. 100–103, 2011.

FAWCETT, J. The nurse theorists: 21st-century updates--Dorothea E. Orem. **Nursing Science Quarterly**, v. 14, n. 1, p. 34–38, 2001.

FITZPATRICK, A. R. Meaning of Content Validity. **Applied Psychiatry Measurement**, v. 7, n. 1, p. 3–13, 1983.

FLORES, L. D. DE; VILLALOBOS, M. M. D. DE; PARDO, P. G. DE; et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. **Aquichan**, 2009.

GUZMÁN, O. A.; GONZÁLEZ, M. I. C.; PIÑA, M. A. G.; FLORES, A. S.; MELÉNDE, R. M. O. Madeleine Leininger : un análisis de sus fundamentos teóricos. **Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM**, v. 4, n. 2, p. 26–30, 2007.

HALLORAN, E. J. Virginia Henderson and her timeless writings. **Journal of Advanced Nursing**, v. 23, n. 1, p. 17–24, 1996.

HEIN, L. C.; SCHARER, K. M. History of Psychiatric – Mental Health Nursing. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 29, n. 1, p. 49–55, 2015. Elsevier Inc.

HENRIQUE, I. F. S.; MICHELI, D. DE; LACERDA, R. B. DE; LACERDA, L. A. DE; FORMIGONI, M. L. O. D. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199–206, 2004.

HORTA, W. DE A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JIMÉNEZ-CASTRO, A. B.; SALINAS-DURÁN, T. M.; SÁNCHEZ-ESTRADA, T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. **Revista de Enfermagem IMSS**, v. 12, n. 2, p. 61–63, 2004.

JOHNSON, D. E. The conceptual model of nursing. , 1968. California: Vanderbilt University.

LARANJEIRA, R. (COORD). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2nd ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LÓPEZ-PARRA, M.; SANTOS-RUIZ, S. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. **Enfermería Clínica**, v. 16, n. 4, p. 218–221, 2006.

MELO, L. P. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaio e Ciência**, v. 14, n. 2, p. 21–32, 2011.

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MORENO-FERGUSON, M. E.; ALVARADO-GARCÍA, A. M. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. **Aquichan**, v. 9, n. 1, p. 62–72, 2009.

OLIVEIRA, R. DA S. Protagonizando a Enfermagem: uma reflexão para entendê-la. **Revista Interface da Saude**, v. 1, n. 1, p. 52–56, 2014.

OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Administração on line**, v. 2, n. 2, p. 1–25, 2001.

PALESE, A.; TAMENI, A.; AMBROS, E.; et al. Clinical assessment instruments

validated for nursing practice in the Italian context: a systematic review of the literature. **Ann Ist Super Sanità**, v. 50, n. 1, p. 67–76, 2014.

PIMENTA, C. A. DE M.; PASTANA, I. C. A. S. S.; SICHIERI, K.; et al. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 4, p. 489–497, 2006.

PROUS, M. J. G. DE Y.; SALVANÉS, F. R.; ORTELLS, L. C. Validation of questionnaires. **Reumatología clínica**, v. 5, n. 4, p. 171–177, 2009.

QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. S.; D'ALMEIDA FILHO, A. J. Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n. 3, p. 157–164, 2014.

RATTRAY, J.; JONES, M. C. Essential elements of questionnaire design and development. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 2, p. 234–243, 2007.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 565–568, 2006.

ROSS, M. M.; BOURBONNAIS, F. F. The Betty Neuman Systems Model in nursing practice: a case study approach. **Journal of Advanced Nursing**, v. 10, n. 3, p. 199–207, 1985.

SACRISTÁN, J. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. **Revista Clínica Española**, v. 213, n. 9, p. 460–464, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; OLIVEIRA, V. L. M.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria de Peplau - análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. **Revista Rene**, v. 5, n. 2, p. 110–117, 2004.

SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1237–1242, 2011.

SILVA, N. S.; ESPERIDIÃO, E.; BEZERRA, A. L. Q.; et al. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 745–752, 2013.

VIDEBECK, S. L. **Psychiatric-mental Health Nursing**. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Implementation of the Nursing Process to a crack user based on Betty Neuman model. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 62–70, 2014.

WIGGINS, L. R. Lydia Hall's place in the development of theory in nursing. **Image**, v. 12, n. 1, p. 10–12, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas: Nurses in Mental Health 2007**. Geneva: World Health Organization, 2007.

APÊNDICE 1 - Avaliação de enfermagem das necessidades do adicto – AENA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES DO ADICTO – AENA

Enf. Thaís Andréa de Oliveira Moura

Data do atendimento: ____/____/____

1. Identificação do paciente

Cartão SUS nº. _____

Nome

Iniciais

Sexo: masculino ☐ feminino ☐

Data de nascimento ____/____/____

Cor da pele autorreferida: branca ☐ parda ☐ negra ☐ indígena ☐ amarela ☐

Endereço:

Cidade:

Estado:

Telefones do paciente:

Telefone do cuidador:

Telefone de um contato:

Telefone da USF adscrita:

Agente Comunitário de Saúde responsável:

Estado civil: casado ou união estável ☐ solteiro ☐ viúvo ☐ divorciado/separado ☐

Filhos: nenhum ☐ tem filhos ☐

Idade dos filhos por ordem de nascimento: 1º ____ 2º ____ 3º ____ 4º ____ 5º ____ 6º ____

Ocupação: _____

Situação laboral: trabalhava com carteira assinada ☐ trabalhava autônomo ☐

Não trabalhava ☐ Está aposentado por invalidez ☐ Está aposentado por tempo de serviço ☐

2. Identificação do cuidador

Nome do Cuidador:

CATEGORIA DO CUIDADOR: parente ☐ amigo ☐ vizinho ☐

GRAU DE PARENTESCO: pais ☐ irmãos ☐ avós ☐ tios ☐ cônjuge ☐ outros ☐

ESPECIFIQUE OUTROS: _____

ESCOLARIDADE: (POR FAVOR, DITE AO CUIDADOR A FRASE E PEÇA QUE ELE A ESCREVA)

FRASE DITADA: OS USUÁRIOS DE DROGAS DEVEM SER ALVO DE CUIDADOS PARA QUE SE REINTEGREM NA SOCIEDADE

FRASE A SER LIDA: O PRIMEIRO PASSO PARA O TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DE DROGAS É ABSTINÊNCIA

LEITURA: lê ☐ não lê ☐ ESCRITA: escreve ☐ não escreve ☐ COMPREENSÃO:

compreende o que leu ☐ não compreende o que leu ☐ ESCOLARIDADE

CONFIRMADA: Iltrado ☐ Letrado ☐ anos de estudo _____
Última série cursada e concluída _____

Estado civil: casado ou união estável ☐ solteiro ☐ viúvo ☐ divorciado/separado ☐

Ocupação: _____

Situação laboral: trabalhava com carteira assinada ☐ trabalhava autônomo ☐

Não trabalhava ☐ Está aposentado por invalidez ☐ Está
aposentado por tempo de serviço ☐

3) História do estado de saúde

3.1 Estado atual

Hipertensão ☐ diabetes mellitus ☐ doença respiratória ☐

Doença mental diagnosticada ☐ Especifique essa doença: _____

Outra enfermidade: _____

3.2 Antecedentes pessoais

Desmaios ☐ Crise convulsiva ☐ Depressão ☐
Tentativa de suicídio ☐ Doença do fígado ☐ Doença cardíaca ☐ Alergias ☐

3.3 Antecedentes familiares e de drogadição

Pessoa que o criou: pais ☐ avós ☐ irmãos ☐ outro parente ☐ estranhos ☐
Familiar que consumia droga: mãe ☐ pai ☐ irmão ☐ avô ☐ avô ☐
Outros familiares ☐ Ninguém na família ☐
Motivo de busca por assistência: primeiro atendimento ☐ recaída ☐ outro motivo ☐
Forma de busca: espontânea ☐ encaminhamento ☐ imposição ☐
Agente referenciador: hospital psiquiátrico ☐ ambulatório de Psiquiatria ☐
PSF ☐ Unidade de desintoxicação ☐ outro ☐

3.4 Antecedentes de atenção por parte de quem o cria ou criou

Teve bom tratamento por parte de quem cuidou dele na infância não ☐ sim ☐
Quem cuidou era indiferente às suas necessidades não ☐ sim ☐
Recebeu maus tratos por parte de quem cuidou ou cuida não ☐ sim ☐
Especifique o tipo: _____

3.5 História pregressa da drogadição

Idade de início: _____ anos Droga de início: _____
Internações psiquiátricas anteriores: não ☐ sim ☐ Nº de internações psiquiátricas: _____
Tratamento para desintoxicação: não ☐ sim ☐ Nº de internações:desintoxicação _____
Outros tratamentos: AAA ☐ CAPS ☐ Comunidade Terapêutica ☐
Outra (especifique): _____

3.6 Caracterização da drogadição

Grupos Farmacológicos	Drogas em uso	Uso	Drogas em uso	Uso
Maconha	Baseado		Skank	
	Haxixe			
Cocaína	Cocaína		Pico	
	Crack			
Alucinógenos	Chá de cogumelo		LSD	
	Exctasy		Metanfetamina	
	Sálvia		Peiete	
Benzodiazepínicos	Benzodiazepínicos			
Opióides	Morfina		Codeína	
	Elixir de heroína		Elixir paregórico	
	Metadona			
	Tabaco		Álcool	
Inhalantes	Cola de sapateiro		Benzeno	
	Loló		Lança-perfume	
	Tinta		Esmalte	
	Corretivo		Verniz	
	Thiner		Clorofórmio	
	Tolueno		Gasolina	
	Éter			

3.6 Segurança e Meio ambiente

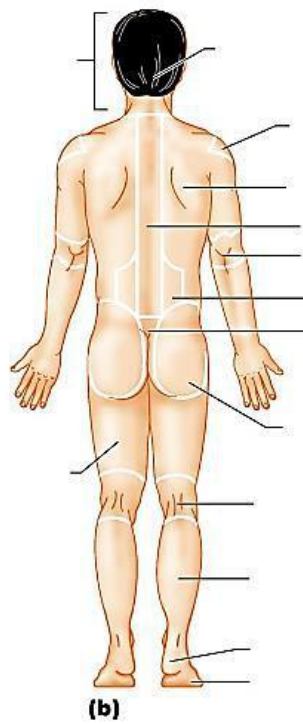
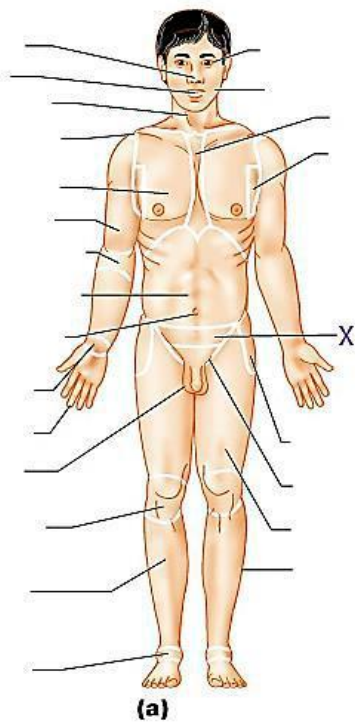
Como é seu local de moradia?	Risco social aumentado	inseguro ☐
	Uso de drogas	presente ☐ ausente ☐
	Marginalidade	presente ☐ ausente ☐
	Área de difícil acesso	sim ☐ não ☐
	Toque de recolher	presente ☐ ausente ☐
Higiene domiciliar	Estrutura física	adequada ☐ comprometida ☐
	Nº. de animais	
	insetos	presentes ☐ ausentes ☐
	roedores	presentes ☐ ausentes ☐
História de violência	No bairro	psíquica ☐ física ☐ sexual ☐ idade:
	Na residência	psíquica ☐ física ☐ sexual ☐ idade:
	Na rua	psíquica ☐ física ☐ sexual ☐ idade:
	No trabalho	psíquica ☐ física ☐ sexual ☐ idade:
	Contra outra pessoa	psíquica ☐ física ☐ sexual ☐ idade: sob efeito de droga sim ☐ não ☐

4) História psicossocial

Educação	Nível completo	iletrado ☐ fundamental ☐ médio ☐ superior ☐
	Abandono de estudos	não ☐ sim ☐
	Motivo do abandono	devido à drogadição ☐ independente da drogadição ☐
	Perspectiva de retorno	sim ☐ não ☐
Religião	Atualmente tem religião	sim ☐ nunca teve ☐ teve e abandonou ☐
	Motivo do abandono	devido à drogadição ☐ independente da drogadição ☐
	Tiporeligião	católica ☐ protestante ☐ espírita ☐ Umbanda ☐ budismo ☐ islamismo ☐
Hobbies	presença	sim ☐ não ☐
	Especifique	
Recursos comunitários	Participação	sim ☐ não ☐
	Especificação do grupo	grupo de apoio ☐ grupo de igreja ☐ grupo comunitário ☐ grupo terapêutico ☐ Outros grupos:
Preocupações pessoais	sim ☐ não ☐	Especifique
Mudanças na vida nos últimos um a dois anos	Nenhuma ☐ mudança na saúde ☐ novo bebê ☐ casamento ☐ Divórcio ☐ morte de alguém próximo ☐ mudanças negócios/trabalho ☐ Outras:	
Atividades recreativas	Participação	sim ☐ não ☐
		Especifique

5) Exame Físico
5.1 Inspeção

Higiene corporal	vestuário	limpo ☐ sujo ☐
	unhas	cuidadas ☐ descuidadas ☐
	cabelos	cuidados ☐ descuidados ☐
	barba	cuidada ☐ por fazer ☐
	calçados	adequados ☐ precários ☐
Higiene oral	Dentes	cuidados ☐ cariados ☐
		perdidos ☐
		prótese parcial ☐ prótese total ☐
	Hálito	normal ☐ halitose ☐
	Mucosa oral	íntegra ☐ com lesões ☐
Adequação do vestuário	Ao ambiente	adequado à temperatura ambiente ☐ muito quente para o ambiente ☐ muito descoberto para o ambiente ☐
	A ocasião	adequada ☐ inadequada ☐
Pele (Quando houver lesão, indique topografia)	Integridade	mantida ☐ ausente ☐
		úlceras ☐ descamações ☐
		pápulas ☐ pústulas ☐
		queimaduras térmicas ☐ químicas ☐



5.2 Necessidades básicas

Movimentação	preservada			Eliminações	
	alterada	monoparesia		Urinárias	
		paraparesia		Fluxo miccional	alterado
		monoplegia		Poliúria	presente
Postura	Normal			Nictúria	presente
	Alterada	paraplegia		Polaciúria	presente
		Cifose		Disúria	presente
		Escoliose		Anúria	presente
Oxigenação		Lordose		Incontinência	presente
	FR				
	Tosse	presente		Intestinais	
	Expectoração	presente		Hábito	irregular
Padrão circulatório	Dispneia (cruzes)			Evacuações diárias (nº)	
	PA sistólica			Diarréia	
	PA diastólica				
	FC				

Hidratação	Desidratação (cruzes)			
	Ingesta de água (copos)			
Alimentação	Peso (kg)			
	Altura (m)			
	IMC (kg/m²)			
	Apetite		preservado aumentado diminuído ausente	
Sono e repouso	sono diário (h)			
	insônia terror noturno pesadelos inversão dia/noite			
	Ao despertar		repousado deprimido cansado	
Atividade e exercício	Prática de exercício físico		sim não	
Percepção e controle da saúde	Atitude com saúde		aceitação recusa supervalorização	
	adaptação à terapia		sim não	
	Consciência da enfermidade		sim não	

6) Exame psíquico

Consciência	preservada rebaixada			
Atenção voluntária	preservada reduzida prejudicada variável			
Atenção espontânea	preservada reduzida prejudicada aumentada variável			
Memória	preservada prejudicada com confabulações			
Orientação	preservada desorientado variável			
Pensamento (conteúdo e forma)	preservado confuso empobrecido negativo lento exaltado acelerado desorganizado delirante			
Linguagem (conteúdo e forma)	preservada empobrecida negativa lenta delirante logorrêica pressão de discurso com preocupações desorganizada			
Afeto e humor	preservado variável triste depressivo alegre irritável exaltado ansioso medroso preocupações humor delirante ideação suicida tentativa de suicídio			
Senso e percepção	mantido alucinações auditivas alucinações visuais			
	alucinações olfativas alucinações gustativas			
	alucinações táteis zoopsias			
Juízo e crítica	mantidos prejudicados variáveis delirantes			
Psicomotricidade	mantida variável lentificada acelerada inquietação			
Síndromes	orgânica por intoxicação demencial depressiva maníaca/hipomaniaca ansiosa psicótica			
Autopercepção e autoestima	preservada ausente estresse sentimento de inferioridade desamparo mudanças notáveis de habilidades perdas de partes do corpo			
	Sexualidade e reprodução			
Adaptação e tolerância ao stress	mantida ansiedade medo culpa parafilia pensamentos delirantes alteração da identidade sexual abuso sexual violações sexuais			
	Medos pensamentos obsessivos incapacidade pessoal Traumas prévios raiva sentimento de impotência			
	Crises de angústia			

APÊNDICE 2 – Grade de avaliação de forma, conteúdo e aplicabilidade

Grade de avaliação de forma, conteúdo e aplicabilidade

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES DO ADICTO – AENA

Prezado Doutor

Este formulário tem por objetivo anotação de vossa avaliação léxica, de conteúdo e de validade interna desse instrumento. Ele está constituído de três partes, com escala de Likert de cinco pontos. A primeira parte está dedicada à avaliação da forma. A segunda parte destina-se à avaliação de conteúdo e contexto. Na terceira parte, busca-se a avaliação da adequação do protocolo ao serviço, ou seja, à sua utilização na prática

Solicitamos a V.S^a. a gentileza de preencher todos os itens e, ao final da avaliação, oferecer sugestões ou críticas, no que julgar pertinente.

PARTE UM – AVALIAÇÃO DE FORMA

Utilize o código a seguir: 1 péssima 2 ruim 3 regular 4 boa 5 ótima

PARTES DA AVALIAÇÃO	<i>apresentação gráfica</i>	<i>adequação da linguagem</i>	sequência de assuntos	detalhamento das informações	completude da recuperação de informações relevantes	facilidade de registro dos dados
1 Identificação do paciente						
2 Identificação do cuidador						
3.1. Estado de saúde atual						
3.2 Antecedentes pessoais						
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição						
3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou						
3,5 História pregressa da drogadição						
3.6 Caracterização da drogadição						
3.7 Segurança e meio ambiente						
4 história psicossocial						
5.1 Inspeção						
5.2 Necessidades básicas						
6 Exame psíquico						

PARTE UM – AVALIAÇÃO DE FORMA – ESPAÇO PARA CRÍTICAS E SUGESTÕES

PARTES DA AVALIAÇÃO	<i>Sugestões e críticas</i>
1 Identificação do paciente	
2 Identificação do cuidador	
3.1. Estado de saúde atual	
3.2 Antecedentes pessoais	
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição	
3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	
3,5 História pregressa da drogadição	
3.6 Caracterização da drogadição	
3.7 Segurança e meio ambiente	
4 história psicossocial	
5.1 Inspeção	
5.2 Necessidades básicas	
6 Exame psíquico	

PARTE DOIS – AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO

Utilize o código a seguir: 1 péssima 2 ruim 3 regular 4 boa 5 ótima

PARTES DA AVALIAÇÃO	<i>compreensão</i>	<i>relevância das informações</i>	<i>coerência das informações</i>	<i>contribuição para a objetividade</i>	<i>avaliação do contexto sociocognitivo</i>	<i>contribuição para o julgamento clínico</i>
1 Identificação do paciente						
2 Identificação do cuidador						
3.1. Estado de saúde atual						
3.2 Antecedentes pessoais						
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição						
3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou						
3,5 História pregressa da drogadição						
3.6 Caracterização da drogadição						
3.7 Segurança e meio ambiente						
4 história psicossocial						
5.1 Inspeção						
5.2 Necessidades básicas						
6 Exame psíquico						

PARTE DOIS – AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO – ESPAÇO PARA CRÍTICAS E SUGESTÕES

PARTES DA AVALIAÇÃO	<i>Sugestões e críticas</i>
1 Identificação do paciente	
2 Identificação do cuidador	
3.1. Estado de saúde atual	
3.2 Antecedentes pessoais	
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição	
3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	
3,5 História pregressa da drogadição	
3.6 Caracterização da drogadição	
3.7 Segurança e meio ambiente	
4 história psicossocial	
5.1 Inspeção	
5.2 Necessidades básicas	
6 Exame psíquico	

PARTE TRES – AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO AO SERVIÇO

Utilize o código a seguir: 1 péssima 2 ruim 3 regular 4 boa 5 ótima

PARTES DA AVALIAÇÃO	<i>Adequabilidade às situações</i>	<i>Agilização do atendimento</i>	<i>Aplicabilidade a outros profissionais</i>	<i>Força de evidência</i>	<i>Grau de recomendação</i>	<i>Pertinência para a prática</i>
1 Identificação do paciente						
2 Identificação do cuidador						
3.1. Estado de saúde atual						
3.2 Antecedentes pessoais						
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição						
3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou						
3,5 História pregressa da drogadição						
3.6 Caracterização da drogadição						
3.7 Segurança e meio ambiente						
4 história psicossocial						
5.1 Inspeção						
5.2 Necessidades básicas						
6 Exame psíquico						

PARTE TRES – AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO AO SERVIÇO – ESPAÇO PARA CRÍTICAS E SUGESTÕES

PARTES DA AVALIAÇÃO	<i>Sugestões e críticas</i>
1 Identificação do paciente	
2 Identificação do cuidador	
3.1. Estado de saúde atual	
3.2 Antecedentes pessoais	
3.3 Antecedentes familiares e de drogadição	
3,4 Antecedentes de atenção por parte de quem cria ou criou	
3,5 História pregressa da drogadição	
3.6 Caracterização da drogadição	
3.7 Segurança e meio ambiente	
4 história psicossocial	
5.1 Inspeção	
5.2 Necessidades básicas	
6 Exame psíquico	