

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TAMARA BELTRÃO MENDES SEVERO

**FORMULAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
VISITA DOMICILIAR A USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

FLORIANOPOLIS-SC

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TAMARA BELTRÃO MENDES SEVERO

**FORMULAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
VISITA DOMICILIAR A USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

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

**Profa. Orientadora: Dra. Márcia Astrês
Fernandes**

FLORIANÓPOLIS - SC

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **FORMULAÇÃO DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA VISITA DOMICILIAR A USUÁRIOS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA** de autoria da aluna TAMARA BELTRÃO MENDES SEVERO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS - SC

2014

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Josué e Anésia, que me ensinaram, sobretudo, a fé em Deus e o amor ao que é simples e essencial na vida.

Ao meu irmão Max Wanley Beltrão Mendes (*in memoriam*), a quem dedico todo o meu amor à saúde mental.

E ao meu esposo, Aureo, que me ensina diariamente a felicidade leve e sutil que existe em cada pequena coisa da vida!

Nossa existência é uma grande colcha de retalhos...
Retalhos de nós ligados por linhas invisíveis costurados pelas mãos do tempo.
O tamanho desta colcha? Não sabemos...
A importância dela? Depende de nós...

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, Josué e Anésia, que me guiaram nos caminhos do amor, da simplicidade e da sabedoria.

Ao meu esposo Aureo pela sua inestimável ajuda no crescimento pessoal e profissional.

Aos professores e tutores do curso pelo despertar para a busca constante de conhecimento.

À chefia da Instituição em que trabalho (CAPS-AD Rodoviária), pela viabilização deste curso para o aprimoramento e crescimento profissional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
2.1 Dependência Química.....	3
2.2 Visita Domiciliar.....	6
3 MÉTODO.....	9
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
6 REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICE.....	21

RESUMO

A dependência química precisa ser abordada por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, visto que são múltiplos os fatores que a envolvem. Para melhor compreensão do contexto em que está inserida e das relações que estabelece com os familiares, a visita domiciliar ao dependente químico surge como importante ferramenta de apoio ao tratamento. Diante da inexistência de um instrumento de coleta de dados dirigido aos usuários de álcool e outras drogas do Centro de Atenção Psicossocial localizado em Brasília-DF, este estudo objetivou elaborar um instrumento de coleta de dados para ser aplicado nas visitas domiciliares a dependentes químicos. A elaboração deste recurso tecnológico permitirá uniformizar os registros realizados pelos profissionais e, assim, melhorar a atenção a esta clientela. Este trabalho não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por não se tratar de pesquisa que envolva seres humanos na coleta de dados relativos aos mesmos, nem a situações assistenciais. O formulário foi elaborado com questões objetivas e subjetivas e constam campos para identificação do usuário, motivo da visita, aspectos familiares, dados do paciente e do domicílio, avaliação da equipe, bem como condutas adotadas. O instrumento não tem caráter conclusivo e poderá ser aprimorado para auxiliar na construção de ferramentas de apoio, ampliando a compreensão do profissional acerca da realidade vivenciada pela clientela. É preciso envolver a família destes pacientes, numa abordagem contextualizada, em que se busque o compartilhamento dos saberes, dos medos, das dificuldades e facilidades como estratégia de enfrentamento da situação e adesão ao tratamento da dependência química.

1 INTRODUÇÃO

O uso em excesso de drogas lícitas e ilícitas é responsável por graves problemas de saúde pública e geram alto dano social, pessoal e familiar. O tratamento de pessoas em sofrimento pelo uso de drogas exige custos significativamente altos aos cofres públicos, tanto em termos financeiros quanto de recursos humanos.

Os problemas relacionados ao uso de drogas devem ser abordados de forma ampla, considerando a multiplicidade de fatores que os envolvem. Tratar o ser em sofrimento pela dependência química requer uma abordagem inter e multidisciplinar e a compreensão do indivíduo como um todo dentro contexto que o circunda.

Para alcançar a adesão do ser em sofrimento pelo uso de drogas ao tratamento é preciso entender a dependência química como um fenômeno múltiplo que varia conforme os condicionamentos socioculturais. Segundo a SENAD (2012, p. 42):

O uso de álcool e outras drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Nenhuma pessoa nasce predestinada a usar álcool e outras drogas ou se tornar dependente apenas por influência dos amigos ou pela grande oferta do tráfico. Nós seres humanos, por nossa humanidade e incompletude, buscamos elementos para aliviar as dores e acirrar os prazeres. Assim, encontramos as drogas. Algumas vezes experimentamos, em outras usamos sem nos comprometer e em outras ainda, abusamos.

Compreender os fatores de riscos que convergem para a construção das circunstâncias do uso abusivo de drogas é muito importante para tentar minimizá-los, assim como conhecer os fatores que colaboram para que o indivíduo, mesmo entrando em contato com a droga, mantenha-se protegido do uso, é fundamental para fortalecê-los (SENAD, 2012).

O caráter crônico da dependência química exige que o indivíduo nesse sofrimento torne-se protagonista do seu tratamento, sendo sujeito e não paciente dele. A adesão ao tratamento é algo de fundamental importância e requer o envolvimento da pessoa e de seus familiares para o sucesso da terapêutica.

O abandono do tratamento pelo paciente, o abandono do paciente pela família, e a necessidade de compreender cada indivíduo como ser único, fruto das relações que estabelece com os seus semelhantes e com o meio em que vive faz da visita domiciliar um excelente instrumento de compreensão do ser humano nesse tipo adoecimento.

As sucessivas recaídas às quais as pessoas em tratamento de dependência química estão sujeitas, bem como o cansaço e a frustração dos familiares em lidar com os diversos problemas ocasionados pelo uso de drogas faz com que, muitas vezes, a família peça a interdição do indivíduo judicialmente. Diante desses casos judiciais, para que seja possível uma resposta à justiça, visto que a pessoa está em situação de uso contínuo de substância psicoativa e resistente ao tratamento voluntário, a visita domiciliar surge como um importante recurso para o estabelecimento do vínculo entre o indivíduo doente e seus familiares.

Segundo Egry (2000) a visita domiciliar permite o contato com a realidade de vida e saúde dos indivíduos, sendo insubstituível, visto que os procedimentos realizados dentro das unidades de saúde não permitem conhecer aspectos sociais determinantes do processo saúde-doença. Neste sentido, Lacerda e Oliniski (2003, p. 308) corroboram afirmando que “o contexto domiciliar não é apenas o espaço físico onde se mora: é o porto seguro para onde são levados sentimentos, desejos, aspirações, atitudes e comportamentos. É o local mais íntimo em que a pessoa vive, e nele ela encontra a sua essência.”

Diante desse contexto e considerando que, inexistia no Centro de Atenção Psicossocial em que atuo um instrumento apropriado para coletar dados durante as visitas domiciliares realizadas as pessoas com diagnóstico de dependência química, o presente trabalho teve como objetivo: Elaborar um instrumento de coleta de dados para ser aplicado nas visitas domiciliares a dependentes químicos.

A construção desse produto constituirá em uma ferramenta importante para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe multidisciplinar, melhorando a captação dos aspectos importantes percebidos durante a visita domiciliar. E poderá, assim, contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a esta clientela, na medida em que servirá de guia para o levantamento das informações relevantes que devem ser focalizadas, independente da equipe profissional que executa a atividade.

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Dependência química

A dependência química é um tema relativamente novo, que somente a partir da segunda metade do século XX deixou de ser visto como desvio de caráter para ganhar características de transtorno mental (RIBEIRO, 2004).

Devido ao aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas nos tempos atuais, o usuário deixa de ser um marginal, um perverso, e passa a ser um de nossos familiares, colegas, amigos, um indivíduo qualquer, independente da sua classe social. Esse fato, dentre outros, alerta as autoridades para a necessidade de intervir nesse problema, que por sua amplitude deixa de ser exclusivo de um único setor, requerendo intervenção intersetorial que envolve as áreas da saúde, da educação, da assistência social e da segurança pública.

A dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença crônica e como um problema social. O uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro, ocasionando comportamento compulsivo para usar a substância e experimentar seu efeito psíquico, e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência (LARANJEIRA, 2010; OMS, 2001).

A adesão ao tratamento é fundamental quando se lida com doenças crônicas, a exemplo da dependência química, visto que requer o envolvimento do indivíduo e da família, demandando modificações no estilo de vida como, não raro, o uso prolongado de medicamentos e a adoção de outras estratégias de tratamento. Para Silveira Filho (1995, p.14):

O dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se, assim, indispensável ao funcionamento psíquico daquele indivíduo.

A dependência química ao mesmo tempo em que causa o vazio existencial também surge como uma possibilidade de preencher esse vazio. O indivíduo procura suprir suas dores, rompendo com a realidade e usando substâncias psicoativas, na tentativa de fugir, esquecer, negar suas questões mais difíceis. Todavia, logo após o uso, surge no organismo o vazio, a dor, a depressão, levando a necessidade de novo consumo para reverter essas sensações ruins (SILVA et. al., 2009).

Quebrar esse ciclo é tarefa difícil e delicada e requer intervenção multi e interdisciplinar para compreensão do fenômeno da dependência química como um todo. Conforme Prata (2009, p. 209), “o conhecimento da drogadição não pode estar desvinculado do contexto mais amplo no qual são produzidas as representações que sustentam e organizam a vida social, conferindo sentido às ações humanas”.

Assim, não existe um único fator que explique a causa para o indivíduo usar drogas e sim situações de vida que estão associadas ao uso indevido de drogas ou não, sendo múltiplos os fatores que levam ao uso de álcool e outras drogas (SENAD, 2012).

Esses fatores podem convergir para o uso abusivo (fatores de risco) assim como podem permitir a proteção do indivíduo (fatores de proteção). Um mesmo fator pode ser de risco ou de proteção, dependendo da inter-relação e da interdependência existente entre o usuário e o meio que o circunda (SENAD, 2012).

Ainda conforme a SENAD (2012, p.43):

Os fatores de risco e de proteção podem estar nos aspectos biológicos, na cadeia genética, nas peculiaridades das relações interpessoais, nas interações familiares, nas oportunidades de contato ou convivência com a droga, nas sensações provocadas pelo efeito obtido com o uso da droga e na cultura em que cada um vive, ou seja, na especificidade de cada indivíduo.

Diante dessa complexidade de fatores e da inter-relação entre eles, o tratamento da dependência química requer também uma vasta extensão de cuidados e intervenções para ser efetivo. É preciso, inicialmente, investir na comunicação terapêutica como um recurso para que as necessidades de saúde e/ou sociais sejam atingidas.

Ao buscar o serviço de saúde, o usuário de drogas normalmente apresenta-se em precários estados de higiene, desnutridos, com focos infecciosos, contusões decorrentes de quedas e/ou brigas, problemas dentários, além de problemas sociais como não ter onde dormir, perda de documentos de identificação, dentre outros. Muitas vezes o motivo pelo qual busca o serviço não é tanto o problema da dependência, mas o suprimento de outras questões que para ele surgem como mais importantes (RIBEIRO et. al., 2010).

Diante disso, emerge a importância do estabelecimento do vínculo como estratégia para início do tratamento da dependência química. A sensibilização para esse tratamento precisa ser

iniciada nesses contatos dos indivíduos em sofrimento pelo uso de drogas com o serviço, mesmo que seu interesse inicial não seja a questão da dependência química.

Após a abordagem inicial e o estabelecimento de vínculo terapêutico, para o início do tratamento são necessárias avaliações de toda equipe multiprofissional para estabelecimento do plano terapêutico. A avaliação da gravidade da dependência química, do estágio motivacional para mudanças e suas expectativas em relação ao tratamento, dos fatores de risco e proteção, da existência de problemas agudos relacionados ao uso de substâncias, além da avaliação psiquiátrica e neuropsicológica são fundamentais para elaboração do plano de cuidados (RIBEIRO et. al., 2010; RIBEIRO, 2004).

O projeto terapêutico singular é um conjunto de metas e intervenções baseado nas necessidades do paciente, que requer reavaliação constante uma vez que as necessidades dos pacientes mudam ao longo do tratamento. O objetivo principal do plano de tratamento é a melhora do funcionamento psicossocial a partir da abstinência e da execução dos programas de tratamento e reabilitação (RIBEIRO et. al., 2010; RIBEIRO, 2004).

Ainda segundo os autores supracitados, para o sucesso da terapêutica é essencial que exista um profissional de referência. Esse costuma ser aquele com o qual o paciente tem mais contato e/ou com o qual teve o primeiro atendimento empático. O profissional de referência é quem observa o engajamento do paciente no plano terapêutico singular, propõe revisões neste plano, faz feedbacks sobre o progresso e evolução do tratamento.

Como as recaídas são frequentes, a evolução no tratamento é lenta e o imediatismo e a impulsividade são comuns nos dependentes químicos é muito importante enfatizar os “pequenos grandes” ganhos obtidos com a terapêutica, evitando assim desistências e abandonos. Esses “pequenos grandes” ganhos são as pequenas metas atingidas que no todo fazem a diferença na vida da pessoa, mas que não satisfazem o desejo imediato esboçado pelo paciente de retomar a sua vida em toda sua plenitude (RIBEIRO et. al., 2010).

A demora para a recuperação das grandes perdas sofridas na vida pelo uso de drogas contribui para desistência e abandono citados anteriormente. Identificar os riscos de abandono precoce e ter essa conduta de busca ativa permanente, reforçando os progressos adquiridos com o tratamento são funções primordiais do profissional de referência (RIBEIRO et. al., 2010)

Assim, em virtude das diversas perdas que a dependência química causa na vida do indivíduo, das sequelas sociais em plena fase produtiva e do caráter crônico do tratamento é

preciso lançar um olhar especial sobre a história de vida das pessoas nesse tipo de adoecimento, suas relações com os entes significativos e com o meio em que está inserido, buscando compreender o todo.

Apreender o que não é dito e o que está por traz das aparências é o que se busca quando se propõe uma visita domiciliar, seja por demanda judicial, seja por busca ativa após abandono, seja por necessidade de melhor conhecimento do caso em questão. Assim, a visita domiciliar constitui-se em importante instrumento de compreensão do indivíduo adoecido pela dependência química.

2.2 Visita domiciliar

A visita domiciliar no Brasil, como instrumento de trabalho da Enfermagem, assim como outras práticas dessa profissão, teve origem nos modelos teórico-práticos norte-americanos, vigentes na primeira metade do século XX. Naquela época o foco da atenção no domicílio eram os portadores de doenças transmissíveis e o grupo materno-infantil (EGRY, 2000).

Ethel Parsons foi trazida ao Brasil, em 1922, com a missão treinar enfermeiras de Saúde Pública e organizar um serviço de visita domiciliar. Importante lembrar que no plano de estudos elaborado não havia o cuidado psiquiátrico (OLIVEIRA et. al., 2006).

Posteriormente, com a mudança no cenário político brasileiro e também com a gradativa transformação do modelo higienista/ preventivista para curativista/ preventivista, a visita domiciliar perdeu espaço nas atividades de Enfermagem em saúde coletiva, voltando a ser alvo das práticas dessa categoria a partir do Programa de Saúde da Família (EGRY, 2000).

Ainda conforme autor supracitado, com esse programa, a família passa a ser foco de ação da saúde, sujeito do processo assistencial, e o domicílio, o espaço social e histórico onde são construídas as relações determinantes do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a atenção a saúde no domicílio por meio da visita domiciliar constitui-se como instrumento imprescindível para a intervenção no processo saúde-doença da população. Carvalho et. al. (2011, pg. 36), ressaltam a importância da visita domiciliar como instrumento de acompanhamento não só ao paciente, mas também à família, dita por este autor, “unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho”.

Ao adentrar no campo da saúde mental, a assistência à família torna-se ainda mais necessária visto que a doença mental frequentemente agrava os problemas comuns do cotidiano (CARVALHO et. al., 2011). Assim, englobar a família no cuidado ao paciente em adoecimento mental é primordial. Cavalcante et. al. (2012, pg. 323) confirmam isso, acrescentando que:

Por suas características intrínsecas e polissêmicas, a assistência ao dependente químico exige contato direto com os usuários, familiares e comunidade, além de embasamento teórico que transite por vários campos do saber, de tal modo que a abordagem a esta questão não se dê de forma tangencial ou focal, desconsiderando os diversos aspectos que este tema encerra.

O cuidar na saúde mental em espaços extrahospitalares como o Hospital Dia e os Centros de Atenção Psicossocial é um enorme avanço advindo com a Reforma Psiquiátrica, porém esses espaços ainda que abertos não são suficientes para expressar a realidade do paciente em adoecimento mental. A aproximação eficaz com a família e com o mundo cotidiano do paciente não é realizada pela equipe se está permanente no seu espaço de trabalho, dentro da instituição (OLIVEIRA et. al., 2006).

Carvalho et. al. (2011, p.36) afirmam que “a visita domiciliar nos coloca em movimento, pois saímos do conforto do nosso local de trabalho para enfrentar as ruas, as comunidades carentes e as diferenças de nosso mundo particular”. Os autores ainda ressaltam que realizar visitas domiciliares exige disposição para enfrentar o inesperado, o incomum, além de paciência e compreensão diante das diferentes formas de ser recebido e aceito no espaço privado da família.

Segundo Egry (2000), há três formas de abordagens na visita domiciliar: a entrevista, a observação e a intervenção orientada/participativa. Sendo a entrevista definida como uma conversa dirigida por um roteiro minucioso, contendo questões orientadoras.

A entrevista pode ser realizada de forma semi-estruturada, que segundo Minayo (1994, p.122) é uma “conversa com finalidade onde o roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados”. Sendo assim, não tem destino selado em si no momento em que é elaborada, mas ganha vida no diálogo estabelecido entre entrevistador e entrevistado.

Seguindo a definição das abordagens realizadas na visita domiciliar de Egry (2000), na observação, o sujeito observador compartilha, na medida do possível, do processo de vida da população que investiga, anotando seus registros em um diário de observação. Na intervenção orientada/participativa, os conhecimentos são expostos seguindo a lógica da responsabilidade

compartilhada e da construção conjunta de saberes e intervenção no processo saúde-doença da família.

A visita domiciliar na saúde pública conta com quatro etapas (planejamento, execução, registro de dados e avaliação) que devem ser seguidas para o desenvolvimento adequado da referida atividade. Todavia, para a enfermagem psiquiátrica esses conceitos não se aplicam, uma vez que a visita domiciliar em Enfermagem Psiquiátrica se caracteriza por ser “apriorística”, conforme Oliveira et. al. (2006, pg.647).

Tais autores relatam que “não há um procedimento prévio, o que se espera é o inesperado” e que “não existe um manual de visitação, intervenção e cuidado. O que se espera é que a enfermeira (...) tenha capacidade para acolher as pessoas e superar as diferenças, que, muitas vezes, levam ao distanciamento (OLIVEIRA et. al., 2006, p. 647)”.

Diante desse contexto, percebe-se que são vastas as vantagens da visita domiciliar como modalidade assistencial, especialmente na saúde mental que requer um olhar atento às questões que vão além da área da saúde. No quesito aproximação com a realidade vivida e apreensão do modo de viver e se relacionar com o meio é possível dizer que a visita domiciliar é insubstituível posto que os procedimentos realizados dentro das unidades de saúde não permitem conhecer essas relações tão importantes para a compreensão do adoecimento mental.

3 MÉTODO

O presente estudo consistiu na elaboração de recurso tecnológico para ser utilizado pelos membros da equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, localizado em Brasília-DF, por ocasião das visitas domiciliares, com o propósito de melhorar a atenção aos pacientes atendidos.

A instituição conta com três equipes de saúde multidisciplinares compostas por: psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Há ainda na unidade um clínico geral e dois farmacêuticos, sendo que estes integram duas equipes; aquele não participa de nenhuma equipe.

Dentre as atividades assistenciais realizadas podem ser destacadas: atendimento individual, psicoterapia de grupo, roda de terapia, oficinas, reuniões de equipe com discussão de casos e visita domiciliares. A Enfermagem e a Terapia Ocupacional utilizam formulários específicos de consultas, no entanto, psiquiatras e psicólogos não o fazem. E ainda, com relação à Enfermagem é utilizado também outro registro quando o paciente permanece em acolhimento noturno na enfermaria.

As visitas domiciliares são instrumentos muito utilizados pelas equipes como forma de busca ativa e/ou como meio de ampliar o conhecimento sobre o paciente e sua família para melhor instrução do tratamento ou emitir resposta à solicitação judicial sobre necessidade de internação compulsória.

A visita domiciliar é realizada, normalmente, em equipe composta pelo menos por dois profissionais, sendo pelo menos um deles de nível superior. Geralmente o Enfermeiro realiza a visita em parceria com outro profissional, podendo ser o assistente social, o psicólogo ou o terapeuta ocupacional.

Nas visitas que participei, observei que os profissionais que me acompanhavam estavam lá para uma escuta atenta do paciente e familiar, com o intuito de estabelecer o vínculo terapêutico. Todavia, por não haver um instrumento de coleta de dados a ser obedecido, a conversa transcorria conforme o desenrolar de cada caso sem uma lógica a ser seguida. Assim, a depender da disposição, interesse e experiência dos profissionais, a coleta de dados acontecia de forma aprofundada ou simplesmente superficial.

A ausência de um instrumento de registro faz com que a coleta de dados fique a cargo da interação entre observadores e relatores da visita e paciente e/ou familiares. Outra questão observada é que nem sempre é possível redigir o relatório da visita no mesmo dia em que esta é realizada, o que prejudica ainda mais a descrição dos fatos observados.

Conforme as particularidades de cada indivíduo visitado, uns são mais participativos que outros, assim como alguns familiares compreendem a visita de forma positiva, ficando agradecidos, outros demonstram preocupação, procurando se eximir de possíveis culpas. Melman (2002, p. 91) corrobora com essa questão, quando afirmam que:

A relação terapêutica com os familiares é um campo tenso, permeado pelo medo, pela culpa... Na maioria das vezes, esse familiar não está procurando ajuda pela primeira vez. Frequentemente carrega consigo uma bagagem de experiências anteriores, nem sempre muito felizes e animadoras. É comum que as pessoas cheguem resistentes, armadas de respostas prontas e de mecanismos defensivos bem estruturados. Desconfiadas, ficam com o radar ligado à espera de qualquer comentário culpabilizante.

Diante dessas dificuldades relatadas, surgiu a motivação para a elaboração de um instrumento de coleta de dados para as visitas domiciliares realizadas às pessoas em sofrimento pelo uso de substâncias psicoativas e seus familiares, como forma de apoiar e orientar a coleta de dados realizada pelos profissionais.

O presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por não se tratar de uma pesquisa. Não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrição sobre situações assistenciais. O foco deste trabalho foi a elaboração de um formulário para coleta de dados realizadas nas visitas domiciliares. Ressalto que a investigação realizada foi na literatura com o intuito de produzir um recurso tecnológico para ampliar e uniformizar a coleta de dados dos profissionais quando necessária a ida ao domicílio dos pacientes atendidos na unidade de saúde supracitada.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Com o intuito de uniformizar a coleta de aspectos relevantes apreendidos nas visitas domiciliares realizadas pela equipe multiprofissional que trabalha no serviço de saúde do campo de minha atuação, foi elaborado o presente instrumento (APÊNDICE A), constituído com questões objetivas e subjetivas, para facilitar a o registro de dados sem, contudo, restringir a observação e a descrição particular dos profissionais visitantes.

Inicia-se com a identificação do usuário, na qual consta seu nome, idade, data de nascimento, endereço e telefone. Considerou-se necessária a inserção de um campo de endereço no formulário por não serem raros os casos de divergências entre a localização do domicílio do paciente e o endereço informado no prontuário.

Normalmente tais divergências ocorrem em duas situações: uma delas é aquela em que o paciente fornece o endereço errado ou se recusa a fornecê-lo por não querer que sua família saiba da sua atual condição de vida, acreditando na sua melhora antes do reencontro com seus familiares; outra ocasião é a mudança de domicílio, muitas vezes ocasionadas por problemas com dívidas de droga.

Após a identificação do paciente é registrado o motivo da visita. Esta informação é importante para que todos os profissionais envolvidos no tratamento possam compreender a conduta da sua equipe, além de orientar e apoiar o paciente.

A visita domiciliar pode ocorrer por decisão da equipe, como forma de busca ativa ou para melhor compreensão do contexto em que o paciente está inserido. Nesse caso, o intuito da equipe é convencer o paciente a retornar ao tratamento, bem como conhecer melhor sua relação com seus familiares para propor melhorarias no seu tratamento. Além disso, o estreitamento do vínculo com seus familiares pode resultar em maior engajamento destes no tratamento do paciente.

Em algumas ocasiões, órgãos judiciais solicitam ao CAPS parecer técnico com a indicação de internação compulsória para pessoas com problemas com álcool e outras drogas que se recusam terminantemente ao tratamento. Diante disso, a visita ocorre pela necessidade de se

diagnosticar a real situação do caso, conhecer o dependente químico e orientá-lo sobre a imperatividade do tratamento. Após contato com esse sujeito e sua família e as devidas orientações sobre a terapêutica da dependência química, com alerta para formas mais eficazes de tratamento, a equipe elabora seu parecer sobre a situação, sem indicar a internação compulsória como melhor caminho a ser seguido.

Outras vezes, a visita domiciliar é motivada pelo comparecimento de familiar na instituição, solicitando ajuda para paciente que se recusa ao tratamento. Normalmente, tais visitas são realizadas em situações de alta gravidade, em que o objetivo é proteger a integridade de outras pessoas. Além dos motivos apresentados, podem haver outros, daí o campo para explicação, se este for o caso.

Nos campos relacionados aos aspectos familiares são levantados dados como composição familiar, idade, grau de parentesco, e atividade desempenhada por cada membro residente na casa (trabalho e/ou estudo). Ademais, são consideradas a renda familiar, a existência de benefício recebido pela família, o tipo de relacionamento relatado pelos familiares durante a visita (convivência pacífica ou permeada por conflitos). Ressalto que este último campo é para registro da convivência familiar sob o ponto de vista do familiar/paciente. Casos em que o profissional percebe relação conflituosa apesar de ouvir resposta contrária dos familiares e/ou do paciente serão registrados no campo específico existente no final do formulário descrito como avaliação da equipe.

Para os casos em que o paciente mora sozinho ou tem uma pessoa que, apesar de não morar na mesma casa, tem vínculo importante, há campo para este esclarecimento. Neste item, devem ser registrados, além do nome e do contato desta pessoa relevante que não mora na mesma casa, a idade e o grau de parentesco. Tal aspecto é importante porque há de se considerar a dificuldade para participação no tratamento quando este único ente com o qual o paciente diz poder contar tem idade avançada ou é de parentesco distante.

Além disso, é importante, na ausência de familiares, buscar uma pessoa de referência para o dependente químico, com quem ele possa estabelecer ou retomar um relacionamento afetivo protetivo. Esta pessoa pode ser um colega, um vizinho, um membro distante da família, que a

exemplo do “padrinho do Alcoólicos Anônimos”, irá representar para o usuário de álcool e outras drogas um vínculo com a possibilidade de recuperação (SENAD, 2012).

Conforme SENAD (2012, p. 194), a abordagem familiar é de fundamental importância para “conhecer a versão e a impressão dos familiares sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas, assim como outros fatores familiares que possam estar contribuindo”. E acrescenta também que, o contato com os familiares reforça a importância do estabelecimento ou do resgate de uma rede de suporte mínimo que possa auxiliar o dependente químico rumo à abstinência ou à alteração dos seus padrões de consumo.

No tocante aos dados do paciente, é relevante identificar se, no momento da visita, o paciente está sob efeito de alguma droga, relatando quais. É importante considerar a data do último uso de substâncias psicoativas para prever o risco de o paciente entrar em abstinência ou estar em abstinência no momento da visita. Há um campo específico para colocar separadamente a data do último uso de álcool e de outra substância psicoativa, descrevendo também qual a droga utilizada.

No campo dados do paciente há o interesse pela compreensão de como se encontra o paciente no momento da visita, com questionamentos de aspectos que poderão indicar uma conduta e/ou encaminhamento mais imediato. Considerando que é variável o número e a categoria de profissionais que participam das visitas, buscou-se elaborar um instrumento que possa ser preenchido por qualquer profissional e não necessariamente por profissional de enfermagem de nível superior.

Nesse contexto, dentro do campo dados gerais do paciente, não se deseja uma avaliação completa, um exame físico minucioso, tampouco uma investigação ampla e complexa sobre o estado psíquico do paciente. Isso é realizado em avaliação específica individual de cada categoria profissional. Ao contrário, a ideia é um formulário para coleta de dados na visita domiciliar e não um formulário para coleta de dados de enfermagem na visita domiciliar.

Na saúde mental é extremamente necessário que o profissional tenha esse olhar transdisciplinar para a compreensão do indivíduo como um todo. A interdisciplinariedade é o eixo direcionador do trabalho em saúde mental. É preciso tecer parcerias, olhar o que está além da sua especificidade para de fato poder ajudar o sujeito em adoecimento mental. Respaldo tal

ideia em Schneider et. al. (2009, p. 401) que afirma: “cuidar do sujeito em sofrimento psíquico requer um trabalho interdisciplinar efetivo e não a presença de profissionais de diferentes disciplinas trabalhando isoladamente”.

Assim, no formulário proposto há questionamento sobre o estado de orientação do paciente que pode ser captado facilmente, indagando-se questões como dia da semana, nome completo, data de nascimento. De acordo com a SENAD (2012), prejuízos na orientação, associados a outros sintomas, ocorrem em uma série de complicações decorrentes especialmente do uso de álcool, como nas Síndromes de Wernicke, Korsakoff, Marchiafava-Bignami.

A observação do estado de higiene é outro dado proposto uma vez que o dependente químico de álcool e outras drogas comumente apresenta déficit no autocuidado. O uso prolongado de substâncias psicoativas faz com que ele perca o interesse por atividades do cotidiano, ocupando grande parte do seu tempo, buscando meios de conseguir a droga de eleição ou consumindo-a. A precariedade no estado de higiene e o desleixo na aparência pessoal falam do grau de envolvimento do indivíduo com a droga.

A atitude do paciente frente à equipe pode ser cooperativa, respondendo às perguntas da equipe, mostrando-se receptivo. Outras vezes pode ser hostil como forma de repulsa da equipe para que a visita se encerre logo. Ou ainda pode ser ambivalente, ou seja, apresentando ora atitudes positivas ora negativas diante da equipe (CORDIOLI et. al, 2004).

A atividade psicomotora é o modo como a atividade física se relaciona com a função psicológica. Esta pode ser acelerada, retardada ou normal. Quando acelerada, o paciente está inquieto, ansioso, andando de um lado para outro, balançando as pernas, roendo as unhas, gesticulando muito. Quando retardada, o paciente apresenta lentificação geral dos movimentos, da fala e do pensamento, com demora para responder as perguntas, pouca gesticulação, manutenção da mesma posição por muito tempo, normalmente acompanhado de humor deprimido. Importante relatar no campo impressões da equipe, as atitudes apresentadas pelo paciente durante a entrevista além de apenas classificá-las no campo objetivo destinado para esse fim (CORDIOLI et. al., 2004).

Descrever as doenças declaradas pelo paciente ou sua família, como hipertensão, diabetes mellitus, HIV, hepatite é muito importante uma vez que a ocorrência destas enfermidades

representa um risco adicional, necessitando cuidado diferenciado para o paciente que além da dependência química tem uma doença crônica associada. Ao lado de hepatite, há um campo para especificar o tipo de hepatite declarada, se B ou C ou outra. Registrar ainda a ocorrência de outras doenças relatadas que precisam ser consideradas pela equipe, além do uso de medicações e queixas apresentadas no momento da visita para que os devidos encaminhamentos possam ser realizados quando necessários.

Dentre algumas observações que podem ser questionadas, observadas e registradas pela equipe estão: ocorrência de febre ou hipotermia, dor abdominal, náuseas, vômitos com caracterização do conteúdo (líquido, alimentar, presença de sangue), descamação crônica da pele, desnutrição, marcha instável (andar cambaleante), tremores, coloração amarelada da pele e olhos, alucinações táteis, visuais e auditivas (SENAD, 2012).

Finalizando os dados gerais sobre o paciente há o questionamento sobre o estágio motivacional apresentado pelo dependente químico para o tratamento. Segundo Oliveira et. al. (2003), há quatro estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita quando inicia seu processo de mudança comportamental. Levando em consideração que as pessoas apresentam níveis de motivação e de prontidão para mudança diferentes, têm-se os estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Para maior entendimento, Oliveira et. al. (2003, p. 266) esclarece que:

A Pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema; a Contemplação se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, no entanto há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança; a Ação se dá quando o cliente escolhe uma estratégia para a realização desta mudança e toma uma atitude neste sentido e a Manutenção é o estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação.

Concluídos os registros sobre estado geral do paciente e sua família, segue-se para as anotações sobre os aspectos do domicílio. Observar organização da casa, higiene, segurança, número de cômodos, existência de saneamento básico, estrutura física, dentre outros contam da história de vida do indivíduo e sua família.

No mapeamento do ambiente é relevante observar se a mobília da casa é compatível com a renda familiar, pontuar se ocorre troca de bens por drogas e o quanto isso tem prejudicado os

demais familiares. A proximidade da casa com pontos de venda de álcool e outras drogas e/ou a ligação com pessoas da família e/ou da vizinhança que também apresentam problemas com dependência química é outra questão que precisa ser registrada.

Assim como é relevante o registro dos fatores sociais de risco, também são os de proteção dentre os quais se destacam escolas, postos de saúde, igrejas, grupos de apoio à familiares de dependentes químicos, grupos de apoio à usuários de álcool e outras substâncias psicoativas.

A família do usuário de álcool e outras drogas é uma família em crise que também precisa de ajuda para aprender novas maneiras de viver e se comportar. A participação conjunta em grupos de autoajuda ou associações e projetos comunitários precisa ser considerada como ferramenta de reinserção do dependente químico no seu ambiente familiar e funcional (SENAD, 2012).

Após o campo dados do domicílio, segue-se o campo para registro da avaliação da equipe no qual é possível descrever aspectos variados compreendidos como relevantes pela equipe tanto relacionados ao domicílio, como ao paciente e sua família. Neste campo sugere-se o registro da existência de dispositivos sociais e de saúde não informados pela família, mas conhecidos ou mapeados pela equipe durante trajeto da visita que poderão integrar os cuidados recomendados pelos profissionais visitantes à família. Ressalta SENAD (2012, p. 208) que “o conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional”.

A visita domiciliar é um excelente instrumento para se aproximar da realidade de vida do dependente químico, conhecer o que está além das palavras, ouvir o que não é dito e enxergar as entrelinhas. É necessário experienciar o cotidiano e fornecer as condições necessárias para captação de aspectos relacionados às condições de saúde-doença vivenciadas por essas pessoas. Corroborar com tal ideia Oliveira et. al. (2006, p. 649) quando diz:

“É interessante pensar no quanto o cuidado domiciliar pode ser inútil se não forem considerados os valores do outro. É preciso reconhecer as verdades do meio coletivo onde o paciente vive e suas próprias verdades para que ele possa aceitar as verdades científicas, as verdades do que é possível fazer”.

Por fim, o campo descrito como condutas da equipe destina-se ao registro das recomendações realizadas pela equipe para o paciente e sua família. Para que a equipe consiga fazer uma intervenção efetiva é preciso partir dos valores e necessidades do outro, como descrito

pelo autor supracitado, demonstrando uma postura acolhedora e superando os próprios preconceitos.

Muitas vezes o objetivo maior da equipe na visita domiciliar é conseguir despertar no paciente a necessidade de tratamento. Quando isso não é possível, mas ocorre o estabelecimento de vínculo positivo com o paciente e sua família, a visita domiciliar já conseguiu ter um resultado positivo, uma vez que o primeiro passo para tratamento é o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Dentre as condutas que podem ser propostas pela equipe estão:

1. Oferecimento das possibilidades de tratamento ao dependente químico;
2. Fornecimento de informações relativas a redução de danos;
3. Encaminhamento para tratamento clínico e/ou desintoxicação;
4. Fornecimento de orientações sobre o CAPS, localização, horários de funcionamento, com sugestão de uma visita sem compromisso a unidade para compreensão da dinâmica do serviço;
5. Encaminhamento dos membros da família para o grupo de apoio aos familiares de dependentes químicos, existente no CAPS;
6. Encaminhamento dos familiares para grupos de apoio a parentes e amigos de dependentes químicos existentes na comunidade.

A conduta adotada pela equipe vai depender do estágio motivacional em que se encontra o paciente e da sua disponibilidade para o tratamento. Além disso, há que se levarem em conta as necessidades específicas do indivíduo assistido e não o que a equipe, na ânsia de tentar ajudar o paciente, convencionou ser importante.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo representa uma tentativa de melhorar a coleta de dados nas visitas domiciliares que ocorrem na instituição em que trabalho. Vale destacar que este é apenas o início da reflexão para um instrumento definitivo. Muitas revisões, provavelmente, necessitarão ser realizadas, visto que somente mediante a utilização do presente formulário pelos profissionais da equipe multiprofissional é que surgirão novas ideias e necessidades de inclusão de outros registros.

É preciso investir na visita domiciliar como um instrumento importante para o estabelecimento de uma relação interpessoal necessária ao cuidar, uma vez que permite a aproximação da equipe de saúde com a realidade vivenciada pelos indivíduos em sofrimento. Abrir espaço para a compreensão dos familiares e envolvimento destes no tratamento é tão relevante quanto conseguir a adesão do paciente ao tratamento.

Ao compreender que a presença de um indivíduo dependente químico na família é fator de adoecimento para os demais familiares surge a necessidade de lançar olhar ampliado para a dinâmica familiar, para que as necessidades de saúde de todos sejam atingidas, independente de suas origens, biológicas ou sociais. O cuidado precisa atingir o todo em questão para que não somente o paciente consiga se assumir dependente químico, mas também a família possa encontrar subsídios para o apoiar no meio social em que está inserido.

Outra questão relevante que a visita domiciliar pode propiciar é o mapeamento da área na qual o paciente está inserido, visando a recuperação de vínculos importantes, o rompimento de relações prejudiciais ao tratamento, fortalecimento do suporte social necessário a abstinência e/ou redução dos danos advindos com o uso de drogas no local em que o indivíduo vive.

Com o aperfeiçoamento deste instrumento pretende-se que ele sirva de suporte, em um futuro próximo, para elaboração do genograma e do ecomapa. A utilização destas ferramentas visa aumentar a compreensão do profissional de saúde sobre a situação do usuário de modo que possa intervir de forma mais adequada e contextualizada na realidade de vida das pessoas atendidas.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, C. G.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de Enfermagem ao portador de transtorno psíquico: visita domiciliar. **E-Scientia** [online]. 2011, vol. 4, n° 1, p. 31-38. Disponível em: www.unibh.br/revistas/escientia.

CAVALCANTE, L. P.; FALCÃO, R. de S. T.; LIMA, H. de P.; MARINHO, A. M.; MACEDO, J. Q. de; BRAGA, V. A. B. Rede de apoio social ao dependente químico: Ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene** [online]. 2012; vol.13, n°2, p. 321-31. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/215/pdf.

CORDIOLI, A. V. ; ZIMMERMANN, H. H.; KESSLER, F. **Rotina de avaliação do estado mental.** 2004. Disponível em: www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/avaliacao%20do%20estado%20mental.pdf

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. da; A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista a escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.3, p.233-9, set. 2000.

LACERDA, M. R.; OLINSKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.12, n.3; p.307-13, jul-set. 2003.

LARANJEIRA, R. Tratamento da dependência do crack – as bases e os mitos. In: _____. **O tratamento do usuário de Crack**. Ed Casa Leitura Médica. São Paulo, 2010.

MELMAN, Jonas. Repensando o cuidado em relação aos familiares. In: _____. **Família e doença mental: repensando as relações entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2002.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994.

OLIVEIRA, M. da S.; LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, R. B.; CAMILO, R. L.; SCHNEIDER, D. D. **Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2003, vol 16, n° 2, p. 265-270. Disponível em: www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a06v16n2.pdf

OLIVEIRA, R. M. P.; LOYOLA, C. M. D.; Pintando novos caminhos: A visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**. [online]. dez. 2006, vol 10, n°4, p. 645-51. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v10n4a05.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). **Relatório**

sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. Brasília, abr-jun 2009, vol. 25, n°2, p.203-211. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26, 50-62, 2004.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de Crack**. Ed Casa Leitura Médica. São Paulo, 2010.

SCHNEIDER, J. F.; SUZ, J. P. de; NASI, C.; CAMATTA, M. W.; MACHINESKI, G. G. **Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinariedade**. Rev. Gaucha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set; 30 (3): 397-405. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8409/6961>.

SILVA, M. M. L. da; FRAGA, V. B. **O vazio existencial: de Lacan à contemporaneidade**. Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinariedade, Porto Alegre, n 07, jan/fev/mar 2009. Disponível em: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php

SILVEIRA FILHO, D. X. da. **Drogas: Uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. Disponível em: http://www.researchgate.net/profile/Dartiu_Silveira/publication/230824006_Dependncia_compreenso_e_assistncia_das_toxicomanias/file/d912f511ed28febd8b.docx.

SENAD. **Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. 2012. 3 ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

APÊNDICE

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA VISITA DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO		
Nome:	DN:	Idade:
End.:	Tel.:	

MOTIVO DA VISITA			
Demanda da Equipe <input type="checkbox"/>	Demanda Judicial <input type="checkbox"/>	Demanda Familiar <input type="checkbox"/>	Outros _____

ASPECTOS FAMILIARES				
Nomes (residentes no mesmo domicílio)	Idade	Parentesco	Trabalha?	Estuda?
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Nomes (parentes com vínculos importantes)	Idade	Parentesco	Contato	
Renda Familiar: R\$	Benefícios:			
Relacionamento/Dinâmica Familiar:		Amistoso <input type="checkbox"/>	Conflituoso <input type="checkbox"/>	

DADOS GERAIS DO PACIENTE			
Sob Efeito? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Droga: _____		Orientado: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Último uso da SPA: Álcool _____	Droga: _____	Higiene Satisfatória: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Atividade Psicomotora:	Normal <input type="checkbox"/>	Retardada <input type="checkbox"/>	Acelerada <input type="checkbox"/>
Atitude:	Hostil <input type="checkbox"/>	Cooperativa <input type="checkbox"/>	Ambivalente <input type="checkbox"/>
Doença declarada: Hepatite__ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Outras: _____			
Medicações em uso:			
Queixas:			
Motivação:	Pré-contemplação <input type="checkbox"/>	Contemplação <input type="checkbox"/>	Ação <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA VISITA DOMICILIAR

DADOS DO DOMICÍLIO

Informar o número de cômodos, nível de organização, se oferece segurança, e demais informações necessárias à caracterização do ambiente.

Informar a proximidade com pontos de venda de álcool e outras drogas. Ex. bares, boca de fumo, etc.

Informar a proximidade com equipamentos sociais, culturais e de saúde e se membros da família frequentam tais equipamentos. Ex. Igreja, Posto de Saúde, NA, AA, etc.

AVALIAÇÃO DA EQUIPE

Sobre o paciente, o domicílio, a dinâmica familiar, possibilidade de uso de dispositivos socioculturais de apoio, etc.

CONDUTAS DA EQUIPE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo