

Andréa Regina de Rezende

**ATENÇÃO PSICOLÓGICA A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA
HOSPITAL GERAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Rachel
Schlindwein - Zanini
Coorientador: Prof. Dr. Roberto
Moraes Cruz

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rezende, Andréa Regina de

Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas:
Uma Proposta de Protocolo para Hospital Geral / Andréa
Regina de Rezende ; orientadora, Rachel Schindwein -
Zanini ; coorientador, Roberto Moraes Cruz. -
Florianópolis, SC, 2016.
135 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Atenção
Psicológica. 3. Substâncias Psicoativas. 4. Protocolo. 5.
Hospital Geral. I. Schindwein - Zanini, Rachel . II.
Moraes Cruz, Roberto . III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas: Uma
Proposta de Protocolo para Hospital Geral”.**

Andréa Regina de Rezende

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Uso e Abuso de Substâncias**

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Rachel Schlindwein Zanini (Presidente)

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba (Membro)

Prof. Dra. Leticia Macedo Gabarra (Membro)

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Membro)

Aos amores da minha vida!
Em especial, aos meus filhos Luís Felipe, Natália e Ana Laura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Ministério da Defesa, Hospital das Forças Armadas e ao Ministério da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago que confiaram no meu trabalho e possibilitaram a minha cessão entre as instituições.

Aos Colegas Psicólogos e aos Profissionais das Equipes Multiprofissionais que me acolheram com tanto carinho e respeito.

Aos Residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e aos Estagiários de Psicologia que são minha grande motivação na busca e na troca de conhecimento, vivências e oportunidades.

Aos Usuários, Familiares e Cuidadores que tensionam, provocam e assim possibilitam crescimento e amadurecimento pessoal e profissional na expectativa de qualificação da atenção, de serviços e dispositivos.

Aos professores que encontrei pela vida, no ensino, na prática, e recentemente nas disciplinas que cursei nos Programas de Pós Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Mental, do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas e da Psicologia que muito colaboraram para minha formação e constituição em toda sua complexidade.

Aos Colegas do Curso pelo compartilhamento de alegrias, angústias, conquistas e frustrações, unidos nas nossas potencialidades e fragilidades.

Aos meus Orientadores. A todos eles, que na informalidade espontânea se mobilizaram para contribuir, aprimorar e possibilitar a construção desse projeto.

Aos membros da Banca de Qualificação pelas valiosas contribuições.

E principalmente, à minha Família que me acompanha nessa jornada e que se dispõe a seguir comigo e juntos por onde os nossos sonhos nos levarem.

Ao meu Companheiro na vida pelo incentivo constante nos momentos de loucura e lucidez na simplicidade do amor.

Aos meus Filhos que me ensinam a cada dia o valor da grandeza infinita que cabe em um olhar de ternura, que me tiram do conforto vazio e me fazem acreditar e lutar por um mundo melhor.

A todos sou muito grata!

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

(Paulo Freire)

RESUMO

No Brasil, a nova política de saúde mental, na qual os Hospitais Gerais passam a compor a Rede de Atenção Psicossocial na expectativa da integralidade, impõe às equipes multiprofissionais o desafio do cuidado às pessoas usuárias de substâncias psicoativas hospitalizadas. Nessa prática de transição do modelo biomédico assistencialista ainda vigente para o modelo de atenção psicossocial preconizado pelo Sistema Único de Saúde, encontram-se profissionais e estudantes de Psicologia que protagonizam uma nova práxis para a Psicologia Hospitalar. E para avançar, é preciso delimitar uma prática coerente, identificar procedimentos e intervenções técnicas que instrumentalizem o psicólogo no ambiente e que, ao mesmo tempo, possibilite reflexões críticas e dialogue com os dois modelos, na perspectiva de transposição.

Neste contexto, os protocolos são potencialmente úteis ao planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações. Este trabalho objetivou construir uma proposta de protocolo de atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas para Hospital Geral, sua elaboração e avaliação por pares de aplicabilidade.

O método utilizado contou com as seguintes etapas: 1) Pesquisa bibliográfica; 2) Aplicação do Questionário de Identificação de Demanda; 3) Elaboração do material; 4) Capacitação dos participantes; 6) Utilização do Protocolo; 7) Avaliação por pares da aplicabilidade.

O Protocolo elaborado foi composto por duas partes: I. Embasamento teórico e II. Orientações para a prática. Tendo como diretrizes: Promoção, Prevenção e Cuidado, e como eixos norteadores: Acolhimento, Vínculo, Corresponsabilidade e Autonomia.

A Atenção Psicológica foi dividida em três etapas: 1) Identificação da demanda: a) Triagem; 2) Plano terapêutico singular: a) Avaliação (Descrição do problema, Consumo de substâncias psicoativas e Motivação); b) Acompanhamento (Individual e Familiar/cuidador); c) Monitoramento hospitalar; d) Preparação para alta hospitalar; e) Encaminhamentos: Intra-hospitalar e Extra-hospitalar; f) Monitoramento pós-alta; e 3) Comunicação com equipe. Foram usadas três abordagens: 1) Intervenções breves; 2) Entrevista Motivacional; 3) Aconselhamento. Nas áreas de intervenções: a) Saúde geral e autocuidados; b) Saúde mental e psicopatologia; c) Consumo de substâncias psicoativas; d) Configuração e rede familiar; e) Psicossocial; f) Espiritual; e g) Ambiental.

Após capacitação dos participantes, o Protocolo foi utilizado por vinte dias e posteriormente, sua aplicabilidade foi avaliada por pares. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva simples. E os dados qualitativos obtidos nas sugestões, observações e comentários por análise de conteúdo de Bardin (2009).

A relevância do estudo está na problematização sobre a temática, na reflexão sobre a transição e transposição dos modelos de saúde vigentes e seu impacto na práxis do psicólogo, na perspectiva de ampliação da atuação profissional, na reorganização dos serviços, na capacitação de equipes técnicas e na possibilidade de que tal fato possa repercutir na qualidade da atenção aos usuários de substâncias psicoativas no Sistema Único de Saúde incentivando novas pesquisas.

Palavras-Chave: Atenção Psicológica. Substâncias Psicoativas. Protocolo. Hospital Geral.

ABSTRACT

In Brazil, the new mental health politics, in which the General Hospitals became part of the Psychosocial Care Network, in expectation of integrality, imposes to professional teams the challenge of care hospitalized people, users of psychoactive substances. In this practice of transition from the biomedical welfare model to psychosocial care model recommended by the national health system, are professionals and students of psychology who starts a new praxis for Hospitalar Psychology. To move forward, we need to define a coherent practice, identify procedures and technical interventions that instrumentalize the psychologist on the environment and, at the same time, enables critical thinking and dialogue with the two models, in the transposition perspective.

The protocols are potentially useful to the planning, development and evaluation of actions in this context. This work aims to build a proposal of psychological care protocol to drug users in general hospital, preparation and peer review of its applicability.

The method used included the following steps: 1) Bibliographic research; 2) Demand Identification Quiz application; 3) Development of the material; 4) Training of participants; 5) Use of the Protocol; 6) Evaluation peer applicability.

The elaborate protocol is composed of two parts: I. Theoretical basis and II. Guidelines for Practice. The guidelines are Promotion, Prevention and Care, and the guiding principles are: Welcoming, Affective Bond, Co-responsibility and Autonomy.

Psychological Care was divided into three stages: 1) Demand identification: a) Screening; 2) Singular therapeutic plan: a) Evaluation (Problem description, The use of psychoactive substances and Motivation); b) Attendance (Single and Family / caregiver); c) Hospital monitoring; d) Preparation for discharge; e) Forwards: Intra and extra-hospital; and f) post-discharge monitoring: 3) Communication with staff, using three approaches: 1) Brief interventions; 2) Motivational interview; 3) Counseling. The intervention areas can be: a) General health and self-care; b) Mental psychopathology and health; c) Use of psychoactive substances; d) Configuration and family network; e) Psychosocial; f) Spiritual; and g) Environmental.

After training of participants, the Protocol was used for twenty days and subsequently its applicability was valued by peers. Quantitative data were analyzed by simple descriptive statistics, and

qualitative data accrued on the suggestions, observations and comments by Bardin content analysis (2009).

The relevance of the study is the questioning on the subject, in thinking about the transition and implementation of current health models and their impact on the psychologist's practice, the expansion perspective of Professional practice, the reorganization of services, training of technical staff and the possibility that this fact can impact on the quality of care for drug users in the Unified Health System encouraging new research.

Keywords: Psychological Attention. Psychoactive Substances. Protocol. General Hospital.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EM – Entrevista Motivacional
HG – Hospital Geral
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HU – Hospital Universitário
LSD - Dietilamida do Ácido Lisérgico (Lysergsäurediethylamid)
MS – Ministério da Saúde
NSP – Novas Substâncias Psicoativas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
DAS/DAS – Síndrome de Dependência de Álcool
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção a Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAD – Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas
SNC – Sistema Nervoso Central
SPA – Substâncias Psicoativas
SRT – Serviço de Residências Terapêuticas
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral.....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3 MÉTODO.....	27
3.1 Caracterização.....	27
3.2 Local	27
3.3 Participantes.....	27
3.4 Instrumentos.....	27
3.5 Procedimentos de coleta de dados.....	28
3.6 Análise de dados	32
3.7 Considerações Éticas.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
Produto 01–PROTOCOLO	39
PARTE I - EMBASAMENTO TEÓRICO	43
PARTE II - ORIENTAÇÕES PARA PRÁTICA.....	63
Produto 02 - INSTRUMENTOS DE APOIO.....	103
5 CONSIDERAÇÕES.....	117
6 REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICE 01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
APÊNDICE 02. Questionário de Identificação de Demanda	131
APÊNDICE 03. Plano de Capacitação.....	133
APÊNDICE 04: Questionário de Avaliação de Aplicabilidade	135

APRESENTAÇÃO

Apresento o estudo *Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas: Uma Proposta de Protocolo para Hospital Geral* que se constitui como trabalho de conclusão do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina.

Surgiu da minha inquietação de trabalhar em hospitais gerais como psicóloga e, mais recentemente, como preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da ênfase da Alta Complexidade no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - UFSC. Tendo como parte de minhas atribuições prestar atendimento psicológico a pessoas hospitalizadas, entre elas, usuários de substâncias psicoativas, suas famílias e acompanhantes e, ao mesmo tempo, orientar residentes e estagiários de Psicologia sobre a atuação profissional nas Unidades de Internação.

Neste contexto, imersa na prática, percebi que havia uma atuação profissional não sistematizada, lacunas na literatura e poucas orientações que subsidiassem efetivamente a prática cotidiana. Os estudos encontrados referentes à Psicologia Hospitalar, em sua grande maioria, diziam respeito ao papel do psicólogo em ambiente hospitalar e se limitavam a descrição e conceitos de itens pontuais. Quanto à atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas, os estudos eram geralmente empíricos e se relacionavam a ambientes especializados como clínicas e hospitais psiquiátricos ou a atenção básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS) e atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS), e para serem utilizados como referências teriam que ser adaptados à realidade dos hospitais gerais.

Assim iniciei a tarefa, na intenção de que a construção do protocolo me auxiliasse na função exercida e que possibilitasse o registro do trabalho desenvolvido para consultas futuras. Então, por meio de levantamento, sistematização e adaptação de uma prática já existente, embasada na literatura encontrada, foi construído este material que intenciona auxiliar tanto o psicólogo em sua prática diária quanto subsidiar modestamente o aprendizado profissional de residentes e estagiários de psicologia sobre a temática da hospitalização e de substâncias psicoativas na atenção psicológica.

É importante esclarecer que no decorrer do texto faço distinção apenas didática dos termos “*saúde*” e “*saúde mental*” devido ao conceito ampliado de saúde e a impossibilidade real de tal distinção.

Esclareço também que quando digo “*pacientes*”, me refiro a pessoas e quando digo “*usuários*” igualmente me refiro a pessoas. Pessoas, seus múltiplos significados, subjetividades e vivências. Faço uso dessas nomenclaturas, respectivamente, apenas por serem as utilizadas nos ambientes hospitalares pelos participantes do estudo e na legislação citada posteriormente.

E nomeio por “*Protocolo*” um conjunto de orientações teórico-práticas elencadas em um instrumento norteador. Sendo importante frisar que sua utilização deve ser flexível e levar em conta os aspectos técnicos, éticos e legais da profissão, considerando sempre as imprevisibilidades do ambiente hospitalar.

Ressalto que a elaboração desse protocolo demandou tanto criatividade como autocrítica, ou seja, se por um lado, foi necessário criar materiais e adaptar de maneira criativa ao ambiente hospitalar formas de atuação descritas a outros ambientes (Serviços especializados, UBS e CAPS), por outro lado, a sistematização da prática já existente e a observação permanente dos resultados exigiram autocríticas e reflexões sobre os serviços prestados e condutas frequentes.

Espero que tais críticas e reflexões possibilitem a pesquisa em sentido mais amplo e facilite uma cultura de autoavaliação, de retroalimentação de dados do serviço e, principalmente, de criação. Acredito que a partir desse processo já iniciado, surgirão novas perguntas que exigirão novas respostas, que demandarão novas buscas e propostas, em um processo contínuo de aprimoramento e produção de conhecimento crítico.

Certamente que nesse material não há uma receita pronta e acabada para lidar com as múltiplas situações vivenciadas pelos profissionais na atenção diária, mas propõe algumas alternativas e intervenções junto aos usuários, suas famílias e equipes de saúde na busca de possibilidades e estratégias de atuação menos reducionistas e de maior equidade.

O Protocolo está composto pelas seguintes partes: I. Embasamento teórico e II. Orientações para a prática.

Andréa Regina de Rezende

1 INTRODUÇÃO

A partir de 1970 com a atuação dos movimentos sociais, reformas sanitária e psiquiátrica e promulgação da Constituição Federal de 1988 ganhou força no Brasil um movimento progressivo de construção de uma nova política de saúde mental do Ministério da Saúde, alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e da Lei 10.216 de 06 de abril de 2011. Nesta política, os hospitais gerais são considerados alternativas possíveis aos hospitais psiquiátricos tradicionais no atendimento a usuários de substâncias psicoativas que, por algum motivo, necessitem de internação.

Simultaneamente a essas mudanças políticas, ocorreram também transformações de concepção, conceitos e enfrentamento, repercutindo nos modelos de atenção à saúde e na disposição dos serviços em um processo, no qual foram preconizadas ações estratégicas e atuação integral em redes.

Assim, os hospitais gerais passaram a integrar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, por meio da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011), enquanto dispositivo de média e alta complexidade, na expectativa de prestação de atendimento integral, formação profissional de qualidade e promoção de desenvolvimento científico e tecnológico na área, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1990).

Atualmente, tal fato impõe às diversas áreas de conhecimento e aos serviços de saúde a urgência de se pensar soluções mais adequadas e propor ações menos reducionistas para a questão do consumo de substâncias psicoativas por sua complexidade, inúmeras interfaces e, sobretudo, pelo impacto que causa no âmbito da saúde pública e no contexto psicossocial.

A relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os agravos que dele decorrem é grande, seja devido aos componentes químicos encontrados nas drogas, padrão de consumo ou vias utilizadas para sua administração.

Destacam-se eventos acidentais, situações de violência, diminuição dos anos potenciais de vida da população e comportamentos de risco que demandam a utilização dos serviços de saúde desde atenção primária até a alta complexidade (BRASIL, 2003). Além disso, usuários de drogas estão mais expostos a riscos e vulneráveis físico, psíquico e socialmente. E essa vulnerabilidade pode precipitar, desencadear ou facilitar processos de doenças como cirrose, HIV/AIDS e outras DSTs,

problemas pulmonares, cardíacos, desnutrição grave, transtornos psíquicos e lesões distintas que resultam, em muitos casos, em cirurgias diversas, oncológicas e transplantes. Todos esses quadros levam a hospitalização e exigem atenção de equipes multiprofissionais.

Durante a internação hospitalar, o consumo de substância psicoativa nem sempre é identificado e tratado com relevância pelos profissionais de saúde de hospitais gerais, o que gera uma subnotificação dos casos (ANTUNES; FELIX DE OLIVEIRA, 2013) e condutas pautadas apenas na eliminação ou diminuição dos sintomas expressos, sem investigação e levantamento detalhado, limitando as intervenções ao problema que motivou a internação. Ou seja, possíveis determinantes do agravo não são alvos diretos de cuidados, aumentando os riscos, após a alta hospitalar, de reincidência a padrões antigos e retorno aos serviços de saúde com complicações do quadro.

Considerando que o processo de hospitalização deve acontecer de forma humanizada, respeitando a cidadania e individualidade de cada um, na sua totalidade e dimensões bio-psico-social-espiritual (ROSA, 1998) e ecológica, cabe aos profissionais de saúde o desafio de receber, tratar, orientar e encaminhar esses usuários e suas famílias. E, ao mesmo tempo, ressignificar questões pessoais e prática profissional, voltando-se para um cuidado diferenciado em interface com a Saúde Mental.

Esse desafio se torna maior e interessante por se tratar de hospitais gerais, sem equipes técnicas especializadas nesses cuidados. Sendo importante destacar que cada categoria profissional que compõe essas equipes hospitalares convive e atua de forma multiprofissional, porém, cada qual, de acordo com suas próprias práxis, nos seus diversos modelos teóricos, sustentados em diferentes perspectivas epistemológicas e metodológicas. Muitas vezes de forma antagônica e contraditória entre si, trabalham em uma mesma unidade acompanhando a internação dos mesmos usuários, exigindo um esforço extra dos profissionais da psicologia no sentido de organização dos serviços e diálogos mais claros e efetivos.

A Psicologia Hospitalar é uma importante área da Psicologia da Saúde que necessita também de intervenções precisas baseadas em evidências e adequadas a ambientes hospitalares (GORAYEB, 2010), mas não apenas isso. É uma prática em construção, sujeita a constantes transformações na busca de reconhecimento dentro de instituições pautadas por modelos biomédicos, ao mesmo tempo em que preconiza atuações diferenciadas em suas perspectivas e abordagens teóricas, cada

vez mais pautadas pelo modelo de atenção psicossocial atualmente preconizado pelo SUS.

Deste modo, para a inserção e reconhecimento do trabalho do psicólogo em hospital, torna-se fundamental refletir sobre esse processo de transição e interposição desses dois diferentes modelos e de perspectivas e abordagens nos quais o psicólogo transita, atuando, muitas vezes, entre um e outro, numa mistura de tudo um pouco. E refletir também sobre a aplicabilidade do modelo de atenção psicossocial em ambientes historicamente assistencialistas.

Devido às dificuldades encontradas no cotidiano e necessidade de se conferir identidade a área, é importante delimitar uma prática profissional coerente, identificando procedimentos e intervenções técnicas que instrumentalizem o psicólogo para atuação profissional neste ambiente, na busca da transposição de modelos. E que ao mesmo tempo em que dialogue com a atuação biomédica assistencialista, ainda muito presente em hospitais, paute-se pela atenção psicossocial seguindo a direção apontada pelo SUS, tendo como perspectiva também a tentativa de superar ou minimizar essas contradições que surgem nessa mistura de modelos.

Neste contexto, os protocolos se destacam como um recurso potencialmente útil na prática da Psicologia Hospitalar, por auxiliar na obtenção dos elementos necessários ao planejamento e desenvolvimento de intervenções (RAMOS; PERES, 2013).

A utilização de protocolos deve qualificar a atenção à saúde e proporcionar a otimização de recursos. No entanto, seu uso de forma rígida e desvinculada da prática não favorece uma adequada inserção (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003). Por isso, é preciso salientar que a utilização do protocolo aqui proposto, deve considerar tanto as condições das instituições quanto dos usuários e levar em conta os diversos fatores clínicos, sociais, culturais e ambientais, reduzindo o risco de se tornar uma prática engessada e sem criatividade.

Este protocolo intenciona nortear a atuação do psicólogo com usuários de substâncias psicoativas (SPA), orientar a conduta profissional na perspectiva de transição para o modelo de atenção psicossocial, viabilizar a sistematização da prática psicológica no contexto hospitalar, disponibilizar informações para atendimento integrado e servir como guia para profissionais, residentes e estagiários de psicologia nessa temática em hospital geral (HG).

Entretanto, em respeito à autonomia do profissional envolvido, caberá sempre a ele a reflexão e tomada de decisão sobre a conduta escolhida durante todo o processo.

A relevância da proposta, fundamentada nos preceitos da Psicologia Hospitalar e Atenção Psicossocial, está na possibilidade de incentivo a novas pesquisas e problematização sobre o assunto, possibilidade de reflexão sobre os modelos de atenção, ampliação da atuação profissional, reorganização dos serviços e capacitação de equipes técnicas, nivelando minimamente os conhecimentos sobre a temática e que isso possa repercutir na qualidade da atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde - SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir uma proposta de protocolo de atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas para subsidiar atuação da equipe de psicologia em hospital geral.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar um protocolo de atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas;
- Avaliar por pares sua aplicabilidade.

3 MÉTODO

3.1 Caracterização

Para a construção da proposta do protocolo foi realizado um estudo transversal de caráter exploratório de natureza quantitativa e qualitativa.

3.2 Local

O estudo ocorreu nas unidades de internação de Urgência/Emergência, Saúde da Mulher e da Criança, Clínicas Médicas I e II, Clínicas Cirúrgicas I e II e Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC. A instituição está vinculada ao Serviço Público Federal, é um hospital geral, totalmente público, inaugurado em 1980, referência estadual em patologias complexas com grande procura por tratamentos e cirurgias de diversas especialidades. Desenvolve atividades de ensino e pesquisa na área de saúde, Residências Médicas e Multiprofissional em Saúde e conta com estagiários e pesquisadores das mais diversas áreas de conhecimento.

3.3 Participantes

Foram convidados a participar do estudo os psicólogos do Serviço de Psicologia, psicólogos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – RIMS/UFSC e estagiários de psicologia que atuam no HU nas cinco unidades de internação citadas anteriormente.

A Equipe de Psicologia estava composta por 34 integrantes, sendo 11 psicólogos do serviço, 01 psicóloga cedida, 11 psicólogos residentes e 10 estagiários de psicologia. Destes, foram selecionados aqueles que aceitaram o convite por livre adesão. Assim, a primeira etapa contou com 21 participantes e a segunda com 16 participantes.

3.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Identificação de Demanda (Apêndice 02); Plano de Capacitação (Apêndice 03); Questionário de Avaliação de Aplicabilidade (Apêndice 04) e o Protocolo, os quais foram disponibilizados a todos os participantes.

A técnica de investigação utilizada para a coleta de dados visando atingir os objetivos foi a aplicação de questionários estruturados que são

instrumentos que permitem respostas fechadas e precisas sobre o objeto a ser estudado.

As perguntas de ambos os questionários foram elaboradas a partir da revisão de literatura e conhecimento prévio sobre a atuação profissional de psicólogos no ambiente hospitalar, considerando em cada um deles os objetivos para o quais foram pensados e estruturados. Ao final, havia espaços para sugestões e observações no primeiro e para comentários no segundo. Estes espaços de participação tiveram o objetivo de acolher por meio da coleta e análise de dados qualitativos as contribuições dos participantes.

Após a elaboração dos questionários foi realizado teste piloto visando adequar o roteiro ao seu propósito. Os dados obtidos nessa testagem foram desconsiderados no resultado desse estudo.

O Plano de Capacitação foi elaborado para apresentar a proposta de Protocolo, nivelar conhecimentos, sanar dúvidas e prestar informações e esclarecimentos sobre a proposta apresentada.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados foi dividida em duas etapas, são elas:

3.5.1 Elaboração do Protocolo

A elaboração do Protocolo contou com três momentos que ocorreram na sequência apresentada abaixo:

3.5.1.1 Pesquisa bibliográfica

Foram realizadas consultas, sem filtro, nas seguintes bases de dados: PubMed/Medline; PsicINFO; LILACS/IndexPsi e Scielo. Usando como descritores: Transtorno Relacionado ao Uso de Substância, Substance-Related Disorders, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Protocolos, Protocols, Protocolos Clínicos, Clinical Protocols, Guia, Guideline; Hospitais, Hospitals, Hospitales; Psicologia, Psicología, Psychology; Psicossocial, Psicosocial, Psychosocial.

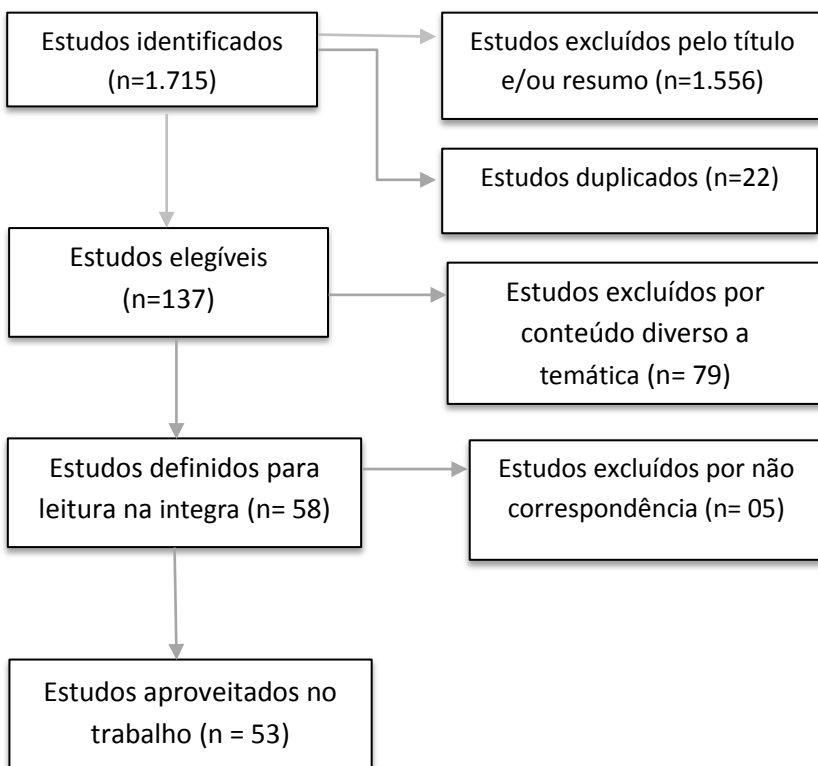
E palavras chaves: Abuso de Drogas, Abuso de Substâncias, Abuso de Substâncias que Produzem Dependência, Substâncias Psicoativas, Dependência de Substâncias, Dependência de Substâncias Psicoativas, Dependência Química, Dependência de Droga; Transtornos por Uso de Substâncias; Psychoactive Substances, Psychoactive Substance; Psychoactive Drugs, Psychoactive Drug; Protocolo; Guideline, Guidelines; Manuals, Manual; Protocolos de Pesquisa

Clínica; Protocolos de Tratamento; Guias; Hospital; Psicologia, Psicología, Psychology; Psicossocial, Psicosocial, Psychosocial.

A busca em diferentes bases de dados gerou o resultado de 1.715 publicações, sendo que 1.556 foram eliminados após leitura dos títulos e dos resumos, 22 eram duplicados. Dos 137 elegíveis, foram excluídos 79 pelo conteúdo ser diverso ao do estudo. E foram definidos 58 para leitura na íntegra, destes, 05 foram excluídos por não correspondência. Ao final, foram aproveitados no trabalho 53 estudos (Figura 01):

Figura 01. Apresentação do fluxograma de escolha dos estudos.

Fluxograma de escolha dos estudos.



3.5.1.2 Aplicação do Questionário de Identificação de Demanda – QID.

A primeira etapa foi realizada de dezembro de 2015 a março de 2016. Para verificar se a situação atual dos profissionais e estudantes de psicologia do local pesquisado estava condizente com a literatura consultada, foi aplicado o Questionário de Identificação de Demandas (Apêndice 02).

3.5.1.3 Desenvolvimento

O Protocolo desenvolvido no mesmo período foi composto pelas seguintes partes:

- I. Embasamento teórico;
- II. Orientações para a prática.

Inicialmente foram definidas três diretrizes para a atenção psicológica proposta:

- 1) Promoção;
- 2) Prevenção;
- 3) Cuidado.

Depois foram identificados quatro eixos principais:

- 1) Acolhimento;
- 2) Vínculo;
- 3) Corresponsabilidade;
- 4) Autonomia.

Na sequência, a Atenção Psicológica foi organizada em três etapas principais que foram subdivididas:

- 1) Identificação da Demanda:

- a. Triagem

- 2) Plano Terapêutico Singular:

- a. Avaliação:

- Descrição do Problema
- Consumo de Substâncias Psicoativas
- Motivação

- b. Acompanhamento:

- Individual
- Familiar/cuidador

- c. Monitoramento Hospitalar

- d. Preparação para Alta

- e. Encaminhamentos

- Intra-hospitalar
- Extra-hospitalar

f. Monitoramento Pós- alta

3) Comunicação com Equipe.

Por fim foram selecionadas três principais abordagens:

- 1) Intervenções Breves
- 2) Entrevista Motivacional
- 3) Aconselhamento

E sete áreas de intervenções:

- 1) Saúde Geral e Autocuidados
- 2) Saúde Mental e Psicopatologia
- 3) Consumo de Sustâncias Psicoativas
- 4) Configuração e Rede Familiar
- 5) Psicossocial
- 6) Espiritual
- 7) Ambiental

A Atenção Psicológica proposta foi estruturada para ser utilizada nas unidades de internação hospitalar de:

- Urgência/Emergência
- Clínicas Médicas
- Clínicas Cirúrgicas
- Saúde da Mulher e da Criança
- Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto

3.5.2 Avaliação por pares da aplicabilidade do Protocolo

A avaliação por pares a aplicabilidade do Protocolo foi realizada em três momentos sequenciados abaixo:

3.5.2.1 Capacitação dos participantes

Inicialmente foram disponibilizados cinco Protocolos impressos, um para cada unidade de internação e arquivos digitais encaminhados por e-mail aos participantes que assim desejaram. Foi solicitado a todos que lessem o material antes da capacitação e uma semana depois foi realizada capacitação coletiva, conforme Plano de Capacitação Profissional (Apêndice 03). Aos que não puderam comparecer a capacitação coletiva, foram realizadas capacitações individuais por Unidades, visando nivelar conhecimentos sobre a temática e repassar informações sobre a forma de utilizar o Protocolo.

3.5.2.2 Utilização do Protocolo pelos participantes

O Protocolo foi utilizado pelos participantes como fonte de consulta teórica e prática para subsidiar os atendimentos a usuários de

substâncias psicoativas internados nas suas respectivas unidades. A pesquisadora se colocou disponível para esclarecimentos durante todo o processo.

3.5.2.3 Aplicação do Questionário de Aplicabilidade - QAA

Após o período de leitura, capacitação e utilização do Protocolo, os participantes avaliaram a aplicabilidade do protocolo por meio do Questionário de Avaliação de Aplicabilidade (Apêndice 04).

3.6 Análise de dados

Os dados quantitativos obtidos por meio dos questionários estruturados foram analisados por estatística descritiva simples e os dados qualitativos obtidos pelas sugestões, comentários e observações contidas nestes questionários foram analisados por meio de análise temática categorial de conteúdo de Bardin (2009), realizada em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material ou codificação; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

3.7 Considerações Éticas

O estudo estava de acordo com os procedimentos éticos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e do Código de Ética Profissional do Psicólogo de 2005, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina CEPESH/UFSC em 08 de dezembro de 2015 sob **CAAE: 49281915.9.0000.0121**.

Este projeto foi delineado para acarretar o mínimo de transtorno à população-alvo. A fim de evitar qualquer desconforto, foram omitidos todos os dados que possam identificar os sujeitos de pesquisa, sendo garantida aos participantes a preservação da privacidade, do sigilo e da confidencialidade das informações geradas em qualquer etapa do projeto. Os dados brutos foram mantidos em sigilo no arquivo do Setor de Psicologia do HU/UFSC com acesso restrito.

Com o intuito de compartilhar os resultados e conhecimentos obtidos, os resultados do estudo posteriormente disponibilizados ao Serviço de Psicologia do HU/UFSC, afim de que todos os profissionais possam ter livre acesso ao seu conteúdo final. Para compartilhamentos no contexto científico, o trabalho deverá ser divulgado em formato de artigo que será submetido a periódicos relevantes na área do conhecimento estudado.

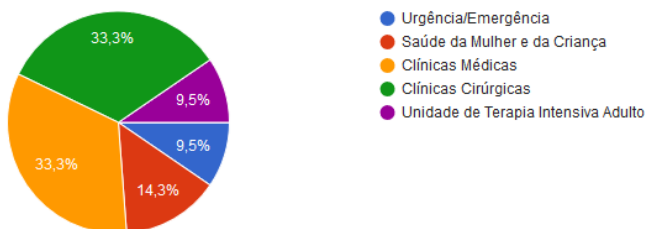
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção da proposta do Protocolo de Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas para Hospital Geral foi dividida em duas etapas, a primeira foi sua elaboração e a segunda a avaliação por pares de sua aplicabilidade, e os resultados apresentados na sequência. Destaca-se que para fins ilustrativos, serão apresentados dados em porcentagem.

Responderam ao Questionário de Identificação de Demanda 21 participantes de forma individual nas suas respectivas unidades de atuação. Destes, 02 (09,5%) atuam na Unidade de Urgência/Emergência; 03 (14,3%) na Saúde da Mulher e da Criança; 07 (33,3%) nas Clínicas Médicas; 07 (33,3%) nas Clínicas Cirúrgicas e 02 (09,5%) na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (Figura 02).

Figura 02: Apresentação dos participantes por unidade hospitalar que atua.

Unidade Hospitalar em que atua: (21 respostas)



Fonte: Autora, 2016.

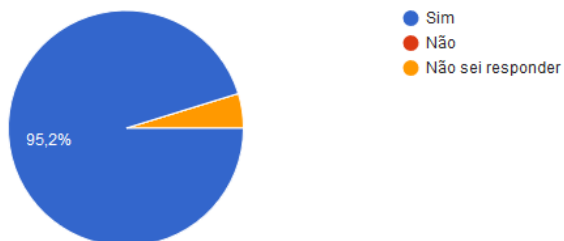
Dos 21 participantes, 20 (95,2%) responderam que são atendidos usuários de substâncias psicoativas nas suas respectivas unidades de atuação e 01 (4,8%) não soube responder. Responderam que o psicólogo é chamado pela equipe para prestar atendimento a esses usuários 19 (90,5%) e 02 (09,5%) não souberam responder. Responderam que não se sentem capacitados a prestar esse atendimento 09 (42,9%), que se sentem capacitados 06 (28,6%) e 06 (28,6%) não souberam responder.

Na opinião de todos os 21 participantes seria importante uma capacitação para qualificar os atendimentos e que seria útil a construção de um protocolo com orientações práticas e teóricas para subsidiar esses atendimentos, conforme mostra a figura abaixo (Figura 03):

Figura 03: Apresentação das respostas dos participantes às questões de 01 a 05 do QID.

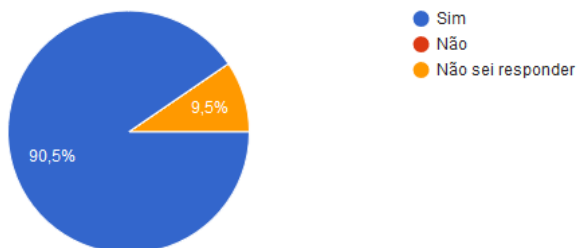
1. Na unidade em que você atua são atendidos usuários de substâncias psicoativas?

(21 respostas)

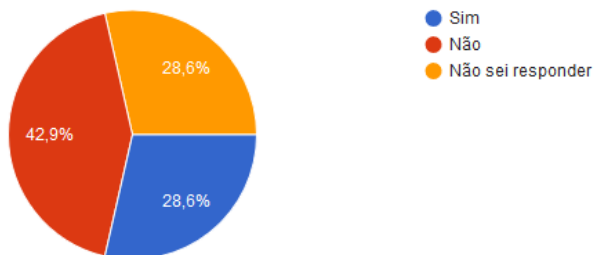


2. O psicólogo é chamado pela equipe para prestar esse atendimento?

(21 respostas)

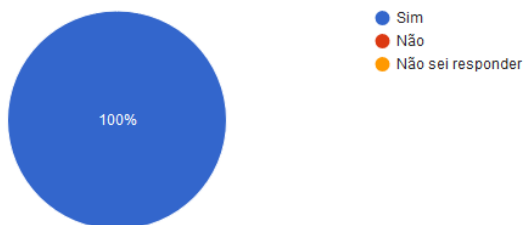


3. Você se sente capacitado a prestar esse atendimento? (21 respostas)



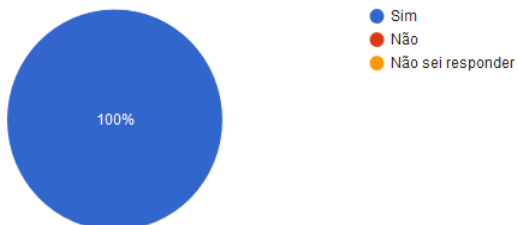
4. Em sua opinião, seria importante uma capacitação para qualificar o atendimento prestado a esse usuário?

(21 respostas)



5. Em sua opinião, seria útil a construção de um protocolo com orientações práticas e teóricas para subsidiar esse atendimento?

(21 respostas)



Fonte: Autora, 2016.

Na análise dos dados obtidos com a aplicação do Questionário de Identificação de Demandas (Apêndice 02), constatou-se que são atendidos usuários de substâncias psicoativas em todas as unidades de internação no Hospital, o psicólogo é chamado pela equipe para prestar esse atendimento, a maioria (42,9%) dos integrantes da equipe de psicologia relata que não se sente capacitada para tal, e na opinião de todos os participantes seria importante realizar capacitação sobre a temática e útil construir um protocolo com orientações práticas e teóricas.

Com relação aos dados qualitativos identificados nas sugestões dos participantes para a construção do Protocolo, 09 (42,8%)

participantes se abstiveram e 12 (57,1%) fizeram sugestões, que foram analisadas qualitativamente e apresentadas abaixo (Quadro 01):

Quadro 01: Apresentação de Núcleo Temático, Categorias, Elementos de Análise e Frequência.

Núcleo Temático: Sugestões dos participantes para construção de protocolo de atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas para hospital geral.		
Categorias	Elementos de Análise	F
Prática profissional e abordagens específicas	1. Técnicas de manejo com o paciente	2
	2. Orientações para família	2
	3. Comunicação com equipe	1
	4. Abstinência	1
	5. Situações de crise	1
	6. Rasteio de déficit cognitivo/investigação neuropsicológica	1
	7. Redução de danos	1
	8. Saúde da mulher (gestação e amamentação)	1
	9. Capacitação prévia à utilização do protocolo	1
Rede de Atenção e Apoio	1. Locais para encaminhamento após a alta.	1
	2. Rede extra hospitalar	1
	3. Rede de apoio familiar/social	1
	4. Serviços especializados	1
Ambiência Hospitalar	1. Tempo de internação	2
	2. Condições do usuário para atendimento	1
	3. Características hospitalares	2

Fonte: Autora, 2016.

O Núcleo Temático acima representou o espaço no Questionário de Identificação de Demandas no qual os participantes puderam expressar suas sugestões referentes à construção do Protocolo.

De acordo com os resultados encontrados, constatou-se maior Frequência (F2) nos Elementos de Análise *Técnicas de manejo com o paciente* e *Orientações para família* na categoria *Prática profissional e abordagens específicas*. E nos Elementos de Análise *Tempo de internação* e *Características hospitalares* na categoria *Ambiência Hospitalar*. Os outros Elementos de Análise apareceram com a mesma Frequência (F1) nas suas categorias. Assim, pode-se inferir pelos registros dos participantes que as sugestões para a construção do

Protocolo apareceram no sentido de sanar os maiores desafios enfrentados pelas equipes na atenção cotidiana a esses usuários, que são o manejo com o paciente, com a família/cuidador e os encaminhamentos às Redes, dentro de um período de tempo determinado pela internação que na maioria dos casos é imprevisível dado as características específicas do ambiente hospitalar.

Quanto as Observações, dos 21 participantes, 05 (23,8%) fizeram observações que foram analisadas qualitativamente e apresentadas no quadro abaixo (Quadro 02):

Quadro 02: Apresentação do Núcleo Temático, Categorias, Elementos de Análise e Registro dos Participantes e Frequência.

Núcleo Temático: Observações dos participantes para construção de protocolo de atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas para hospital geral.		
Categorias	Elementos de Análise e Registro dos Participantes	F
Limitações atuais teóricas e práticas	1. Capacitação profissional <i>“necessidade de me preparar mais para as especificidades desse atendimento”</i> . (P1)	1
	2. Embasamento teórico <i>“Falta embasamento teórico”</i> . (P2)	1
	3. Encaminhamentos <i>“Dificuldades para realizar encaminhamentos”</i> . (P3)	1
	4. Práticas restritas <i>“as intervenções em sua maioria se direcionam ao mapeamento da impressão do uso prejudicial e sensibilização para o tratamento visando a cessação ou redução do uso durante a internação”</i> . (P4)	1
Perspectiva futura	1. Contribuições a partir do uso <i>“Talvez com a aplicação do protocolo seja possível expor outras sugestões ou até mesmo depois da capacitação e a partir do momento em que visualizarmos o mesmo”</i> . (P5)	1

Fonte: Autora, 2016.

Esse Núcleo Temático representou o espaço para os participantes expressarem suas observações referentes ao Questionário de

Identificação de Demandas e/ou outras considerações que não se encaixavam no espaço representado pelo Núcleo Temático anterior.

A partir dos resultados obtidos, constatou-se que existem lacunas teóricas e limitações práticas na atenção aos usuários de substâncias psicoativas internados em hospital geral. Sendo as práticas restritas e as intervenções realizadas no sentido de cessação e/ou redução do uso prejudicial durante a internação limitando o problema a hospitalização, e na percepção dos participantes seria importante mais capacitação e maior embasamento teórico sobre a temática na busca de intervenções mais abrangentes e efetivas.

Corroborando com esse resultado, na prática havia uma atuação profissional não sistematizada, lacunas na literatura e poucas orientações que subsidiassem efetivamente as equipes técnicas, justificando a construção desse Protocolo. Assim, com o mapeamento, identificação, sistematização e adaptação de práticas existentes e de teorias encontradas na literatura, somados às sugestões e observações coletadas pela análise dos dados do Questionário de Identificação de Demandas foi possível à estruturação do Protocolo apresentado posteriormente.

Em acordo com a Portaria Normativa no. 17, de 28 de dezembro de 2009 que dispõe sobre Mestrado Profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, os próximos resultados foram apresentados em forma de Produtos, sendo:

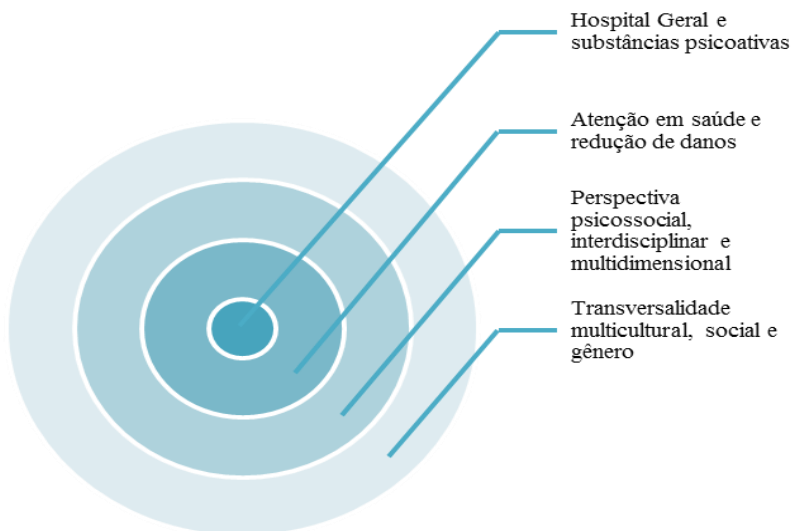
- Produto 01: *Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas: uma proposta de Protocolo para Hospital Geral.*
- Produto 02: *Instrumentos de apoio.*

Produto 01–PROTOCOLO

Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas: uma Proposta de Protocolo para Hospital Geral

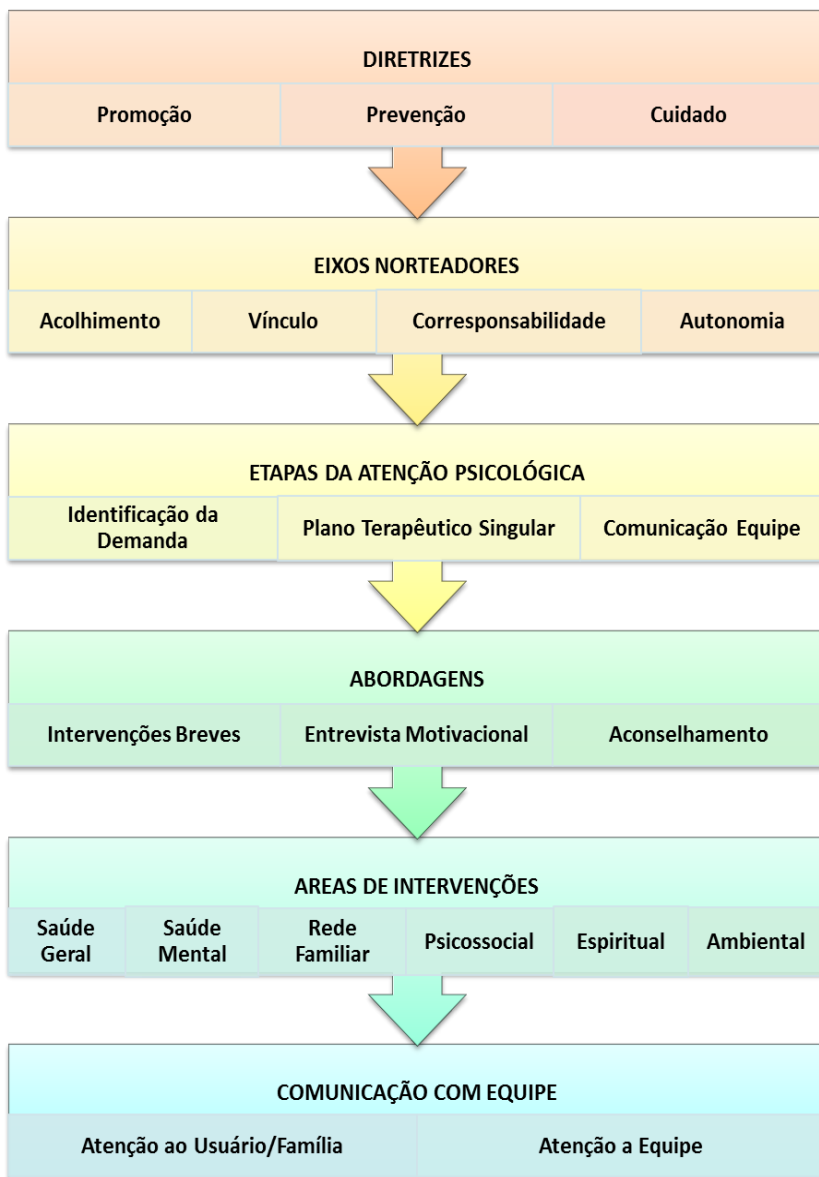
Este Protocolo é resultado de um estudo produzido durante o Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC. Para sua elaboração foram selecionados conteúdos teóricos numa perspectiva psicossocial, interdisciplinar, multidimensional e de redução de danos na atenção à saúde, considerando a transversalidade multicultural, social e de gênero das questões em torno da hospitalização e consumo de substâncias psicoativas. Foi pensado para ser utilizado como instrumento norteador da prática profissional de psicólogos e estudantes de psicologia que atuam na atenção a usuários de substâncias psicoativas em hospitais gerais. Suas principais características são flexibilidade na utilização e linguagem acessível ao público a que se destina. Seguem abaixo respectivamente os conteúdos e a estrutura do Protocolo (Figura 04 e Figura 05):

Figura 04: Apresentação de conteúdos agrupados para a construção do Protocolo.



Fonte: Arquivos da autora 2016.

Figura 05: Apresentação da estrutura do Protocolo:



Fonte: Arquivos da Autora, 2016.

A Atenção Psicológica foi elaborada para ser utilizada nas unidades de internação hospitalar de:

- Urgência/Emergência;
- Clínicas Médicas;
- Clínicas Cirúrgicas;
- Saúde da Mulher e da Criança;
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Como cada unidade tem suas próprias características, ritmo e especificidades, nem sempre a Atenção Psicológica poderá ser realizada em todas as suas etapas propostas ou na sequência sugerida, cabendo ao profissional de cada local a escolha e decisão sobre elas.

É importante esclarecer que a Atenção Psicológica proposta não se encontra condicionada ou diferenciada pelo tipo e classificação das substâncias psicoativas que serão elencadas mais a frente, por entender que o consumo de drogas é um tópico importante a ser abordado, identificado e manejado, porém, o foco principal é a pessoa humana com seus desafios e potencialidades no seu processo de promoção, prevenção e cuidado em saúde.

As intervenções descritas estão amparadas em bases teóricas que as legitimam enquanto práticas de atenção, entretanto, não foram pautadas em nenhuma abordagem psicológica pré-definida, estando também em conformidade com o Código de Ética Profissional do Psicólogo do Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP nº 10/2005) e os instrumentos de apoio sugeridos (Produto 02) são apenas de coleta de dados e de sistematização.

Nesse modelo de Protocolo não serão utilizados testes psicológicos ou de rastreamento de álcool e outras drogas por considerar que o paciente em sua condição de hospitalização, não ambulatorial, apresenta, muitas vezes, fragilidade e limitações severas devido ao quadro clínico/cirúrgico, procedimentos invasivos e uso de equipamentos hospitalares.

PARTE I - EMBASAMENTO TEÓRICO

Nesse tópico se encontram conceitos importantes que favorecem conhecimentos gerais e fomentam reflexões críticas sobre os modelos epistemológicos adotados na construção do Protocolo e atuação profissional do psicólogo em hospital geral e na Atenção Psicológica a usuários de substâncias psicoativas. Aborda os seguintes temas: Substâncias Psicoativas (SPA), Tratamento, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Redução de Danos, Hospital Geral (HG) como dispositivo e a atuação do Psicólogo em HG.

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E CUIDADO

O termo Promoção de Saúde foi se modificando com o tempo e, atualmente, diz respeito à vida, desenvolvimento, cidadania, participação e equidade. Envolve as ações de estado, políticas públicas, sistema de saúde, parcerias intersetoriais e ações individuais e coletivas no planejamento e execução de estratégias visando promover qualidade de vida e saúde.

A Prevenção, por sua vez, está orientada a ações e intervenções na busca de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Em hospitais, geralmente, é abordada a temática em prevenção secundária, terciária e quaternária que são ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades já existentes, tendo como foco a busca de mecanismos de cuidado e minimização de novos agravos.

O Cuidado em hospital geral está relacionado a todas as formas de atenção e não apenas ao tratamento em si, diz respeito a proteger, tratar, recuperar, reabilitar e manter a saúde e o respeito ao ser humano com práticas de saúde integrais e multidisciplinares.

ACOLHIMENTO

O Acolhimento permeia toda a atenção. É a principal diretriz da Política Nacional de Humanização – PNH, desde 2003. Aparece como proposta de mudança nas relações entre profissionais e usuários nos diversos serviços de saúde do SUS, reconhecendo o usuário como participante ativo do seu processo de produção da saúde. Acolher é responder às necessidades dos usuários e dos serviços de saúde e para tal não necessariamente precisa de local, hora e profissional específico. Também não é apenas uma etapa do processo e sim uma ação que

deverá ocorrer em todos os locais e momentos da atenção. É uma postura ética na escuta ao usuário, reconhecendo seu protagonismo no processo de saúde com ativação de redes e compartilhamento de saberes. Enfim, é entendido como tecnologia do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorre em todos os lugares em que se constituem encontros entre trabalhadores e usuários (LISBÔA et. al., 2014). Também diz respeito à possibilidade de potencializar o vínculo entre usuários e equipes de saúde na busca de humanização do atendimento.

VÍNCULO

É a relação de respeito entre usuário, serviço e profissional de saúde. Uma relação estreita e potencialmente duradoura que deve ser construída com a formação de laços significativos permitindo a aproximação, a colaboração mútua e a continuidade do tratamento. A constituição do vínculo depende tanto dos usuários quanto dos profissionais das equipes, e pode facilitar as trocas de saberes e favorecer sentidos para a integralidade da atenção. É fundamental que o usuário estabeleça vínculos com os profissionais, mas é imprescindível que ele se vincule aos serviços de saúde, pois os profissionais se modificam ao longo do tempo e apesar disso, o usuário deve manter a confiança na relação com as instituições e o seguimento com o serviço prestado. Tanto o acolhimento quanto o vínculo são decisivos na relação entre usuário e equipe, e nos resultados que serão obtidos no processo de saúde.

CORRESPONSABILIDADE

É o compartilhamento de responsabilidades entre os atores envolvidos, usuários, famílias, acompanhantes, profissionais, equipes, gestores, instituições e serviços de saúde visando reduzir sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes durante o período de hospitalização e pós-alta hospitalar. A Corresponsabilidade se forma na relação de acolhimento e vínculo, e para tal, são necessários compromisso e contrato mútuo, reduzindo dissonâncias e ruídos na busca de trabalhar em prol de propósitos comuns possibilitando a construção da autonomia do usuário, família e equipe, e deve ser estimulada desde o início da internação hospitalar.

AUTONOMIA

Diz respeito à participação ativa dos usuários nos seus determinantes de saúde. Deve estar integrada aos princípios da

promoção, prevenção e cuidado da saúde em ambiente hospitalar. É um processo de saúde que precisa ser mantido ou resgatado enquanto condição de saúde, cidadania e respeito à própria vida em relação aos desejos e direitos. Os profissionais da saúde, na sua prática cotidiana, devem estar atentos e facilitar intervenções efetivas, estimulando e valorizando a autonomia dos usuários e membros da equipe. É um desafio que deve ser exercitado por todos que trabalham em ambiente hospitalar, historicamente assistencialista, onde os “pacientes” ainda são pouco autônomos em relação ao seu corpo, doença e tratamento. Possibilitar autonomia vai além de dar informações aos pacientes e capacitações profissionais. Trata-se de assumir uma postura ativa nas discussões e decisões sobre internação e a sua saúde.

PSICOSSOCIAL

A perspectiva psicossocial pressupõe mudança de paradigma a partir de transformações de valores sociais e culturais, práticas e saberes, que tem como intencionalidade avançar para além do modelo biomédico ainda presente nas concepções de saúde, no processo saúde-doença e na organização da saúde pública no Brasil. Propõe alterações na reorganização nos serviços e práticas profissionais de modo que o modelo hospitalocêntrico vai sendo substituído pelo modelo de atenção psicossocial, com o fortalecimento de dispositivos extra hospitalares.

Para romper com os serviços e espaços de privação e fortalecer a RAPS, toda a Rede deve estar articulada entre si e com os demais serviços de saúde no território para que a pessoa com sofrimento psíquico possa retomar atividades dentro da sua comunidade. É preciso ter clareza que um único setor não conseguirá resolver todos os problemas e que para maior efetividade na saúde é necessário articulação com outros setores na busca de planejamento e execução de ações intersetoriais complexas com objetivos comuns.

INTERDISCIPLINAR

Reconhecer a complexidade do viver, do adoecer e do morrer do ser humano em sua multidimensionalidade imprime enormes desafios aos profissionais de saúde na realização seu trabalho cotidiano, o que exige intervenções cada vez mais complexas. Para tal, são necessárias abordagens interdisciplinares, uma vez que um único profissional não abarcará todas as dimensões do cuidado humano.

O Sistema Único de Saúde (SUS) defende a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade,

buscando a integralidade do cuidado e atenção de boa qualidade. No entanto, na formação profissional em saúde, são oferecidas poucas oportunidades para esse aprendizado, ou seja, na prática os profissionais precisam testar, criar e inventar formas de atuação interdisciplinar e, muitas vezes, essas experiências estão mais relacionadas ao desejo e ao compromisso de atuação dos próprios profissionais envolvidos do que uma prática institucional estabelecida.

Além disso, paralelamente ao cuidado, observa-se uma característica na educação no sentido de valorizar a “superespecialização”, ou seja, cada vez mais os profissionais se qualificam em áreas tão específicas que resultam em pouca atenção para a totalidade do cuidado. Não se trata aqui de desqualificar as especializações, ao contrário, é fundamental reconhecer a importância dessa proposta de educação e da formação de profissionais especializados, entretanto é preciso também ampliar as discussões dentro desta perspectiva para uma visão mais integral no cuidado a saúde. É aí que está o desafio.

Na prática, ainda são poucos os relatos de experiências interdisciplinares em saúde. O que remete as possíveis dificuldades da interdisciplinaridade se efetivar enquanto prática concreta nos serviços, tendo as Residências Multiprofissionais em Saúde um campo fértil de possibilidades.

A perspectiva interdisciplinar se apresenta como forma de integração e compreensão da multidimensionalidade do ser humano e do trabalho em saúde, na busca de melhores resultados e ações integradas. Assim, é fundamental a associação de serviços, práticas e teorias, já que as questões relacionadas ao processo de saúde e de doença não são meramente disciplinares. A interdisciplinaridade deve ser encarada como um desafio possível e uma meta a ser alcançada, pois não compreender a complexidade dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas pode refletir na prática sob uma visão reducionista.

MULTIDIMENSIONAL

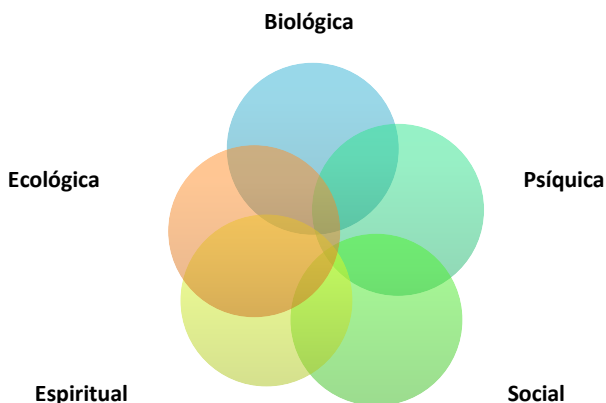
No século XIX, a saúde significava apenas ausência de doenças com o predomínio do modelo biomédico que pressupunha que a doença tinha sempre causas biológicas, dividindo o ser humano em biológico e emocional. Era uma visão positivista e cartesiana que começou a ser reformulada no século XX, com o surgimento de diversas disciplinas como a psicossomática, a psicologia médica, a psicanálise e medicina

comportamental que contribuíram, em parte, para a reintegração da dimensão psicossocial às práticas em saúde.

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde envolve o bem estar físico, psíquico e social. Alguns segmentos consideram que esse bem-estar seja também espiritual e ecológico, que todos os aspectos se influenciam mutuamente e quanto mais equilibrados estiverem mais saudável estará a pessoa. O conceito de saúde passou a ser abrangente e considerar um *continuum* no qual a saúde é entendida como processo dinâmico e complexo. Do mesmo modo é o ser humano, um ser complexo e multifacetado, vivendo uma vida complexa e multifacetada, em ambientes complexos e multifacetados.

Essa multidimensionalidade interna e externa do ser humano, da vida e dos ambientes aparece no ser multidimensional que adoece, e ao ser hospitalizado traz consigo e em si cinco dimensões identificadas no momento e que poderão ser trabalhadas no cuidado de saúde proposto (figura 01):

Figura 01: Apresentação da representação da multidimensionalidade



Fonte: Arquivo da autora, 2016.

- **Biológica:** O corpo é constituído por células, tecidos, órgãos e sistemas. Cada organismo é único na aparência física e composição.

E isso deve ser entendido e respeitado na atenção à saúde e no cuidado a pessoa hospitalizada;

- **Psíquica:** Diz respeito à maneira de ser, agir e pensar do ser humano. Há várias dimensões dentro da dimensão psíquica (afetos, emoções, sentimentos, cognição). No hospital, muitas vezes a pessoa passa por períodos de solidão, afastamento das questões externas e tende a se voltar muito mais para si mesmo;
- **Social:** O ser humano vive em sociedade e se constitui também por essa vivência que perpassa as relações, sua cultura seus papéis no mundo e comunidade. No hospital, esse convívio é afastado, suspendendo suas atividades, seu trabalho, estudo e tudo aquilo que ele reconhece enquanto seu papel e missão no mundo. O que faz com que em alguns momentos perca a noção de pertencimento, utilidade e confiança;
- **Espiritual:** A espiritualidade, diferente da religiosidade, mas também não alheia a ela, tem sido pouco estudada nas ciências da saúde. Sua importância pode ser percebida durante o processo saúde-doença como um recurso que mobiliza estratégias internas e integração com diferentes tipos de crenças, religião ou sistema filosófico;
- **Ecológica:** Relação do ser com o ambiente em que vive ou em que está. O ser enquanto parte integrante do meio ambiente, do planeta Terra e do Universo. No caso do hospital pode-se considerar o ambiente na sua ambivalência enquanto local de esperança, cura e possibilidade de prolongamento da vida, mas também de privação, sofrimento e possibilidade de morte.

Essa separação das partes se faz apenas de forma didática e cada uma delas, segundo a teoria dos sistemas na complexidade de Edgar Morin, juntas são mais do que a soma das partes e o todo é igualmente menor do que todas as partes e o conhecimento se faz na relação entre elas.

TRANSVERSALIDADE MULTICULTURAL, SOCIAL E GÊNERO

Na busca da integralidade do cuidado há necessidade de romper com a fragmentação do saber, do ser e da atenção em saúde. A perspectiva de se vislumbrar a complexidade vai ao encontro do conhecimento multidimensional e respeito as suas diversas dimensões. Transversalmente a esse movimento, há outras questões que merecem

ser abordadas de forma multidimensional, tais como: Cultura, Sociedade e Gênero.

Cultura aqui definida como um conjunto de saberes, fazeres, regras, normas, estratégias, crenças, valores, mitos que são transmitidos por gerações e se reproduzem no indivíduo controlando a existência da sociedade e mantendo a complexidade (MORIN, 2007). Essa cultura só pode ser expressa e significada em uma sociedade na qual o indivíduo se encontra.

A história mostra que faz parte da cultura da sociedade brasileira o consumo de substâncias psicoativas antes mesmo da colonização portuguesa. Sendo os usuários dessas substâncias lícitas e/ou ilícitas ainda rotulados e estigmatizados pelo que aparentam ou demonstram, e julgados pela forma com que agem devido ao consumo de drogas.

É importante identificar o lugar social ocupado por esse usuário na sociedade e perceber que, quando ele chega para internação hospitalar, as chances de ser colocado no mesmo “lugar” também dentro do hospital são enormes. É preciso cuidar para que os profissionais que ali estão consigam percebê-lo enquanto “pessoa” e não apenas como um “usuário de drogas” revendo pré-conceitos e refazendo cotidianamente uma prática de atenção humanizada.

Devem ser consideradas também as questões de vulnerabilidade de populações e grupos específicos, como pessoas em situação de rua, profissionais do sexo, indígenas, transexuais, idosos, adolescentes e mulheres. Com relação ao gênero, as diferenças estão presentes em diversos aspectos: epidemiológicos, prevalência, fisiologia, metabolismo, mortalidade, vitimização, violência e tipo de tratamento. Lembrando ainda que essas questões estão permeadas por valores e costumes que determinam os papéis sociais assumidos e impostos, e por isso é necessário maior sensibilidade dos profissionais quanto à identidade de gênero que pode ser diferente do sexo do sujeito.

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA)

Substâncias psicoativas (SPA) são drogas que alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental, independente do sexo, nível de instrução, idade e classe social. Seus diferentes tipos podem ser usados de várias maneiras para diversas finalidades. Seja por uso lúdico, místico, curativo ou outros, podem acarretar prejuízos significativos aos usuários, sua família e a comunidade.

Segundo dados de 2013 da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, aproximadamente 10% das populações urbanas do mundo consomem de forma abusiva algum tipo de substâncias psicoativas.

A lista de substâncias psicoativas, conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) inclui:

- Álcool;
- Opioides: morfina, heroína, codeína e diversas substâncias sintéticas;
- Canabinoides: maconha;
- Sedativos ou hipnóticos: barbitúricos, benzodiazepínico;
- Cocaína;
- Outros estimulantes: anfetaminas, substâncias relacionadas à cafeína;
- Alucinógenos;
- Tabaco;
- Solventes voláteis.

Seguem alguns nomes populares e comerciais das drogas:

- a) Derivados do tabaco: cigarro, pito, fumo, charuto, cachimbo, fumo de corda;
- b) Bebidas alcoólicas: cerveja, cachaça, álcool, vinho, champanhe, espumante, licor, pinga, uísque, vodca, destilado, vermouths, caninha, rum, tequila, gim;
- c) Maconha: baseado, erva, fumo, mato, bagulho, liamba, diamba, birra, fuminho, pango, Skank, manga-rosa, massa, haxixe;
- d) Cocaína, crack: coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, brilho, pedra, cachimbo, carreira, canudo;
- e) Estimulantes/anfetaminas: bolinhas, bifetamina, moderine, MDMA, rebites;
- f) Inalantes: solventes, esmalte, corretivo, verniz, cola de sapateiro, tinta, tñner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho, loló;
- g) Hipnóticos/sedativos: ansiolíticos, benzodiazepínicos, diazepam, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital;
- h) Alucinógenos: LSD, mescalina, peiote, cacto, cogumelo, chá de lírio, ácido, passaporte, balinha;
- i) Opiáceos/opioides: morfina, metadona, codeína, ópio, heroína, elixir, anestésico.

Estas substâncias estão classificadas como:

- Lícitas: aquelas que podem ser consumidas e negociadas legalmente. Podendo ter seu uso e comércio condicionado a algumas condições (maiores de dezoito anos, prescrição médica);
- Ilícitas: aquelas proibidas por lei (uso, porte e comércio)

E divididas em três grupos de acordo com as atividades que exercem sobre o Sistema Nervoso Central – SNC (Quadro 01).

Quadro 01: Apresentação dos grupos, Atividade sobre o SNC e Substâncias.

GRUPO	ATIVIDADE SOBRE O SNC	QUAIS SÃO?
Psicolépticas ou depressoras	Reduzem a atividade cerebral.	Álcool; solventes/inalantes; ansiolíticos/benzodiazepínicos; analgésicos/Opioides; hipnóticos/barbitúricos.
Psicoanalépticas ou estimulantes	Aumentam a atividade cerebral.	Cocaína; nicotina; cafeína; anfetaminas.
Psicodislépticas ou alucinógenas.	Modificam qualitativamente a atividade cerebral.	Naturais: cannabis; cogumelos; haxixe; mescalina. Sintéticos: anticolinérgicos, êxtase LSD.

Fonte: arquivo da autora 2016.

Existem diferentes padrões de consumo que devem ser avaliados, de forma individual, conforme a intensidade do uso. No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, qualquer padrão acarreta riscos e o uso frequente ou o excesso em uma única situação podem provocar problemas graves para o usuário e para outras pessoas.

Salienta-se que a droga em si não é o problema, são as condições e dificuldades provocadas pelo consumo da droga em alguns indivíduos e contextos que geram problemas. Os danos provocados são classificados como (OMS, 2004):

- Crônicos - problemas sociais e doenças crônicas;
- Agudos - violência, acidentes e quadros agudos de doenças.

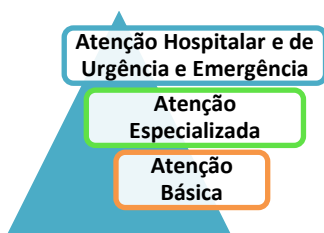
TRATAMENTO

No Brasil, os programas de tratamentos para transtornos relacionados ao consumo dessas substâncias estão vinculados aos de

Saúde Mental e somente a partir dos anos 70, com as transformações ocorridas na saúde, que contou com a participação de profissionais, gestores, usuários e comunidade, as pessoas passaram a ser atendidas fora dos hospitais psiquiátricos. Até então, a internação psiquiátrica era a única opção.

Em 2002, o Ministério da Saúde preconizou políticas de atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas no Sistema Único de Saúde – SUS, por nível de complexidade (Figura 02).

Figura 02: Apresentação dos Níveis de Complexidade do SUS.



Fonte: arquivos da autora, 2016.

Em todos os níveis de complexidade, muitos usuários abandonam o tratamento tradicional por não compartilharem da expectativa e desejo de abstinência propostos pelos profissionais nos tratamentos convencionais. Pesquisas apontam que usuários de substâncias psicoativas apresentam uma baixa adesão aos tratamentos, práticas preventivas e de promoção de saúde e que a ineficácia e ineficiência dos tratamentos são as principais razões relatadas pelos usuários para não procurarem os serviços disponíveis, embora apresentem agravos de saúde (SCHNEIDER, 2011).

De forma geral, há necessidade de iniciativas mais positivas que minimizem o despreparo dos profissionais de saúde, dificuldades de diagnóstico, atendimento e encaminhamento desses usuários. Independentemente do nível de complexidade, os serviços devem estar integrados às redes de atenção na tentativa de garantir que os usuários sejam atendidos numa perspectiva de cuidado integral.

Para tal, torna-se fundamental compreender que o consumo de substâncias é uma questão onde predomina a complexidade e heterogeneidade, afetando as pessoas de diferentes maneiras, razões, contextos e circunstâncias. Além disso, a cada dia aparecem novas

substâncias e novas formas de consumo, por isso, a identificação do consumo e as abordagens precoces têm papel fundamental nas possibilidades de superação dos problemas relacionados ao uso, a reinserção social e na qualidade de vida desses usuários.

É preciso repensar as formas de cuidar destas pessoas. Já se percebe, no entanto, mudanças na direção dos tratamentos saindo de práticas centradas na doença, assistência curativa e intervenção medicamentosa para aqueles que permitem atribuir sentidos ao sofrimento psíquico e favorecem o acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilidade do usuário pelo seu tratamento.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a Portaria MS/GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o SUS passou a ser orientado pela estruturação de Redes de Atenção à Saúde - RAS, que consistem em ações e serviços que buscam a integralidade do cuidado por meio de atenção contínua, de qualidade, humanizada e responsável. A organização das RAS se dá pela regionalização, onde todas as regiões deverão desenvolver ações de atenção psicossocial.

No final de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088, tendo como princípios:

- Respeito aos direitos humanos, autonomia e liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e qualidade dos serviços;
- Cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território, inclusão social, promoção de autonomia e cidadania;
- Serviços de base territorial e comunitária, participação e o controle social;
- Organização em rede de atenção à saúde regionalizada, ações intersetoriais e integralidade do cuidado;
- Promoção de estratégias de educação permanente;

- Desenvolvimento da lógica do cuidado, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Rede de Atenção Psicossocial, atualmente, está constituída da seguinte forma (Quadro 02):

Quadro 02: Apresentação da Rede de Atenção Psicossocial.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
<p>I. Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidade Básica de Saúde; 2. Equipe de atenção básica para populações específicas: <ol style="list-style-type: none"> a) Equipe de Consultório na Rua; b) Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; 3. Centros de Convivência; <p>II. Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; <p>III. Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; <p>IV. Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; <p>V. Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; <p>VI. Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serviços Residenciais Terapêuticos. <p>VII. Reabilitação psicossocial.</p>

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/2011.

É importante ressaltar que apenas à implantação e expansão das Redes não basta, e sim, maior articulação e corresponsabilidade desse cuidado que deve incidir sobre todos os pontos de atenção num movimento intersetorial para responder às necessidades das pessoas atendidas.

A Rede de Atenção Psicossocial deve estar organizada de acordo com os contextos municipais e/ou regionais. Entretanto, nem todos os municípios contam com toda sua estrutura e, em muitos casos, os profissionais precisam trabalhar dentro dos limites e das possibilidades que a Rede local oferece. Porém, mantendo a perspectiva de construção e fortalecimento da Rede, de romper com espaços de privação e em defesa do SUS.

Cabe ao hospital geral, por meio de seus profissionais, compor a atenção hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede Assistencial sobre Drogas (PORTARIA N° 3088/2011), possibilitar a continuidade do cuidado, articular os serviços de referência dos usuários internados para Unidades Básicas de Saúde - UBS, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ou demais pontos de atenção.

Lembrando que referenciar o usuário não significa apenas encontrar um lugar para ele na Rede e encaminhá-lo logo após a internação hospitalar. E que a Rede não está composta somente por serviços, mas também de pessoas e, nesse sentido, a boa comunicação entre os profissionais que compõe as Redes é determinante para o sucesso da atenção em saúde, do encaminhamento proposto e da continuidade do cuidado.

REDUÇÃO DE DANOS

A abordagem da redução de danos objetiva minimizar os riscos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo de substâncias psicoativas. Preconiza respeito às escolhas do sujeito e potencializa o trabalho articulado de promoção aos direitos individuais e sociais dos usuários. Reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias para a defesa de sua vida e estabelecimento de vínculo com os profissionais (Quadro 03).

Quadro 03: Apresentação sobre Redução de Danos.

REDUÇÃO DE DANOS	
O que é?	É um conjunto de políticas e práticas que tem como objetivo reduzir os danos associados ao uso de substâncias psicoativas em pessoas que não conseguem ou não querem parar de usar drogas.
Princípios Básicos	Reconhece que o consumo de drogas tem uma função social e faz parte da vida. O foco está no indivíduo não na substância. O usuário participa ativamente de seu autocuidado. Respeito e acolhimento às diferenças, à singularidade do indivíduo, seu tempo, sua história, seu contexto e seus desejos. Múltiplas metas são possíveis, não apenas a da abstinência. Aproximação do indivíduo com as Redes de cuidados, por meio de ações intersetoriais.
Algumas Intervenções em Hospital Geral	Conscientização para seguimento do tratamento de complicações clínicas e acompanhamento psíquico; Levantamento e construção de possibilidades junto ao usuário; Orientações sobre o uso de tabaco durante e após a internação hospitalar, sobre consumo de outras substâncias, overdose e associação à condição clínica atual; Esclarecimento sobre a necessidade de seguir o tratamento pós-alta; Aconselhamento para testagem infecções sexualmente transmissíveis, de hepatites virais, de HIV e vacinação após alta hospitalar.

Fonte: Arquivos da autora, 2016.

HOSPITAL GERAL COMO DISPOSITIVO

De acordo com III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2002 é preciso garantir que todo hospital geral possa atender às pessoas com sofrimento psíquico, incluindo usuários de substâncias psicoativas e seus familiares. E que o atendimento prestado seja integral, humanizado e realizado por equipe multidisciplinar na rede de serviços públicos, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico da assistência buscando a construção coletiva de seu enfrentamento.

Entretanto, observou-se uma baixa adesão desses hospitais na habilitação de seus leitos. Da meta estipulada até junho de 2011, foram habilitados somente 5% da meta inicial (COSTA, 2015). Por isso,

muitos usuários em situações que exigem internações hospitalares ainda são internados em hospitais psiquiátricos, clínicas privadas ou em comunidades terapêuticas. O que demonstra uma indisponibilidade dos hospitais gerais de trabalhar com a temática da saúde mental, seja por incapacidade na infraestrutura física, ausência de profissionais capacitados ou insuficiência dos recursos de internação repassados pelo SUS.

Mas se por um lado há dificuldades de estabelecer tratamentos para usuários de substâncias psicoativas em hospitais gerais, por outro, esses usuários chegam de qualquer forma e por diversos motivos. Geralmente por quadros clínicos graves que necessitam atendimento imediato, devido aos agravos do consumo de substâncias psicoativas.

Durante o período de hospitalização, questões muito características do cuidado a esses usuários emergem, como dificuldades de manejo pela equipe, preconceitos, estigmas, conflitos familiares, fugas e principalmente a abstinência forçada que o período de hospitalização impõe.

Quando identificada a situação precocemente, tanto a hospitalização quanto o período pós-alta imediato podem ser momentos particularmente importantes na promoção de saúde e mudanças na vida desses usuários. Pois, o que leva a pessoa ao hospital são problemas de saúde que demandam internação hospitalar tendo causas orgânicas como a principal temática explícita de sofrimento e que exigirão cuidados práticos e efetivos para sua recuperação.

Além disso, no hospital a presença da morte é concreta. Esse período de fragilidade possibilita também, em alguns casos, uma reavaliação de momentos passados e atuais, ressignificando sentidos e aproximando laços familiares perdidos. Assim, o hospital, em uma relação paradoxal pode ser ao mesmo tempo local de privação e sofrimento quanto de cura e de renovação.

No hospital geral, as unidades de Urgência/Emergência, UTI e Ambulatórios Gerais são as principais portas de entrada para internação de usuários que chegam por demanda espontânea ou por encaminhamentos da Rede de Atenção em Saúde – RAS (Figura 03). E após a internação o movimento é de retorno, via encaminhamento, aos serviços da RAS ou para outros serviços possíveis (Figura 04):

Figura 03: Descrição da demanda espontânea e pontos de encaminhamento da RAS para HG.



Fonte: Arquivos da autora, 2016.

Figura 06: Encaminhamento do HG para RAS e outros serviços.



Fonte: arquivo da autora, 2016.

Os encaminhamentos realizados após internação em hospital geral, muitas vezes podem ultrapassar os serviços oferecidos pela RAS, seja por falta de dispositivos disponíveis, seja devido a normatizações vigentes nesses serviços. É preciso ter clareza que um dispositivo solto e isolado fica enfraquecido e, na maioria das vezes, não consegue abarcar a atenção integral necessária. Deve-se avaliar se o tipo e a modalidade do tratamento oferecido estão adequados às necessidades do paciente e os encaminhamentos devem estar baseados principalmente em uma avaliação técnica e não somente nos serviços disponíveis.

A preferência de encaminhamento é sempre via Rede pública, entretanto na falta ou indisponibilidade desta, outros dispositivos podem ser acionados.

O PSICÓLOGO NO HOSPITAL GERAL

A profissão de psicólogo é relativamente nova, no Brasil foi regulamentada pela Lei nº 4119/62. E apenas no final dos anos sessenta e início dos setenta, o psicólogo passou a trabalhar em hospitais adaptando uma prática clínica já conhecida ao novo ambiente de atuação. Hoje, já com alguns passos percorridos, torna-se fundamental repensar constantemente essa práxis por meio de levantamento, sistematização e avaliação das realizações ocorridas no processo histórico e assim, delinear mudanças necessárias para alcançar maiores sucessos. É preciso investir na educação, investigação e criação da prática profissional por meio de desenvolvimento e utilização de novas habilidades e instrumentos que possibilitem imprimir identidade própria à área e sua diferenciação da prática clínica usual ou meramente adaptada.

Para o desenvolvimento de sua práxis, fica como sugestão ao psicólogo hospitalar:

- Compreender o local no qual trabalha;
- Refletir sobre o seu papel profissional e sua relação com outros saberes, seja de ordem técnica, moral, biomédica, psicossocial ou de crenças;
- Problematizar aspectos assistenciais de atuação;
- Possibilitar participação social e liberdade individual;

- Questionar sobre o peso de seus valores pessoais e ideológicos nos seus atendimentos e na sua ética profissional.

Em hospitais, os procedimentos são planejados dentro de um reconhecimento científico, ainda pautado na identificação de problemas, realização de cirurgias e administração de medicamentos por ações objetivas e precisas. A prática clínica tradicional adaptada e o trabalho por vezes não diretivo dos psicólogos pode dificultar sua inserção profissional nestes contextos. Por isso, é importante o planejamento de intervenções com modelos teóricos que integrem tanto a prática baseada em evidência e o desenvolvimento de modelos mais abrangentes que ajudem a entender o processo de saúde e o adoecimento.

No entanto, é preciso cautela, pois o psicólogo diante da necessidade de se afirmar em ambientes ainda pautados pelo modelo biomédico pode acabar reduzindo a experiência da doença e percepção de saúde a questões meramente biológicas, esquecendo-se da orientação subjetiva das pessoas quanto ao processo de saúde e doença (GARZON PEREZ, 2013).

Em relação ao consumo de substâncias psicoativas, a internação em hospital geral ocorre principalmente pela perda da saúde. Para o paciente, geralmente, a cura está associada à extinção desses sintomas e não a redução ou interrupção do uso da droga. Enquanto que para os profissionais, a cura parece estar associada à abstinência, ainda que provisoriamente durante o tratamento, a internação e pós-alta hospitalar.

Nessas diferentes perspectivas, podem ocorrer durante o processo terapêutico descompassos entre desejos e expectativas dos pacientes e dos profissionais. O psicólogo hospitalar deve estar atento a essas expectativas, a subjetividade e as formas de interação de seu paciente e levar em conta que o consumo de substâncias não deve ser dissociado das condições pessoais, socioculturais e ambientais em que ele está inserido. A compreensão de que cada pessoa tem sua história, possibilita o entendimento de que a experiência nas situações adversas será vivenciada também de forma única e singular.

Mesmo diante de tantos desafios, o trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares tem sido reconhecido tanto pelo atendimento prestado, quanto pela melhoria da qualidade de vida das pessoas que são

atendidas por esses profissionais. Pesquisas mostram que pacientes acompanhados por equipe de psicologia demonstram vantagens e benefícios terapêuticos decorrentes desses atendimentos, como melhor adesão ao tratamento, recuperação mais rápida, menor tempo de permanência no hospital e redução de custos com assistência médica (BOTEGA & SMAIA, 2002).

LEGISLAÇÃO

Algumas legislações vigentes orientam e normatizam a política de atenção à saúde no Brasil. Foram selecionadas, em especial, aquelas que direcionam a atenção à saúde e hospitalar, o modelo de atenção psicossocial e substâncias psicoativas. Abaixo seguem algumas legislações importantes:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003;
- Portaria nº 2.197/GM/MS, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS;
- Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências;
- Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, que altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o código de trânsito brasileiro’, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos famigeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do par. 4º do art. 220 da

Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências;

- Portaria nº 1.190/GM/MS, de 04 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS e define suas diretrizes gerais, ações e metas;
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o Comitê Gestor e dá outras providências;
- Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990;
- Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, que altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;
- Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012, que altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o código de trânsito brasileiro.

PARTE II - ORIENTAÇÕES PARA PRÁTICA

Esse tópico apresenta as orientações para a prática. A Atenção Psicológica proposta está subdividida em: Identificação da Demanda, Plano Terapêutico Singular e Comunicação com Equipe.

ATENÇÃO PSICOLÓGICA

Disponibilizada aos pacientes usuários de substâncias psicoativas que forem identificados pelas equipes multiprofissionais das unidades de internação e aos usuários, familiares e/ou acompanhantes que procurarem o Serviço de Psicologia e desejarem acompanhamento psicológico durante a hospitalização.

Tendo como diretrizes a Promoção, a Prevenção e o Cuidado, cabe ao profissional possibilitar o acolhimento, vínculo, autonomia e corresponsabilidade em todas as suas etapas: Identificação da Demanda, Plano Terapêutico Singular e Comunicação com Equipe, ressignificando histórias, pensamentos, sentimentos e modos de vida, em um novo entendimento de si e no mundo, mediando vivências e formas de enfrentamentos mais saudáveis e positivos.

1. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

Em hospital geral, as demandas de atendimento psicológico aos usuários de substâncias psicoativas ocorrem, na maioria das vezes, por solicitação da equipe multiprofissional das unidades de internação. Porém, chegam também de forma espontânea, a pedido do próprio usuário e/ou de sua família e acompanhantes ou por ronda ativa do Serviço de Psicologia.

Quando a demanda chega pela equipe multiprofissional – os profissionais identificam quais são os usuários que necessitam de atendimento psicológico e acionam o Serviço de Psicologia - o psicólogo deve estar atento se a demanda é realmente do usuário. Algumas vezes, a demanda que vem da equipe está mascarada na necessidade do usuário, entretanto, pode ser exclusivamente da equipe que, no momento, não dispõe de recursos pra lidar com aquele paciente

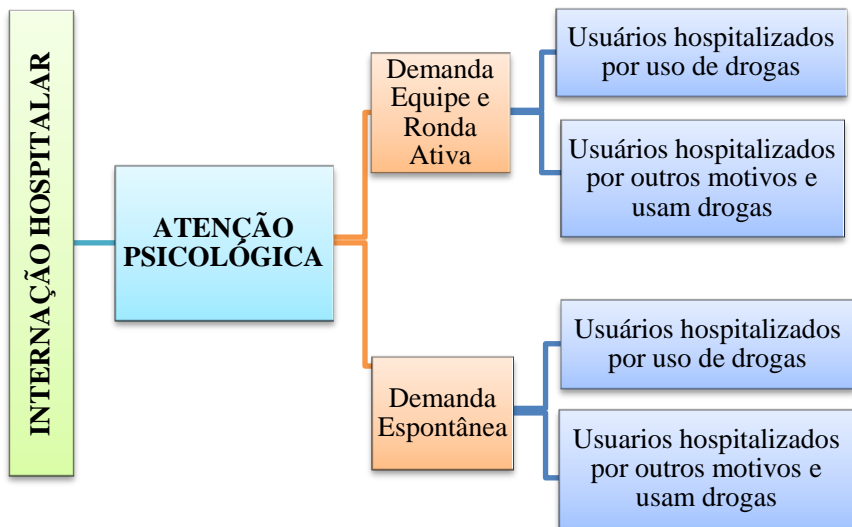
e identifica nele questões que refletem a limitação da própria equipe frente aos desafios exigidos por aquela situação.

Outro tipo de demanda é a espontânea - trazida pelo próprio usuário, sua família e/ou acompanhante - nesses casos, são questões do paciente e/ou sua família que, em grande parte, dizem respeito a questões pessoais (físicas, psíquicas, sociais, espirituais e ambientais), conflitos familiares e rede de apoio. No caso de ronda ativa – quando a equipe de psicologia vai até os leitos para identificar as demandas – a equipe de Psicologia pode seguir os mesmos passos previstos na demanda da equipe profissional.

Faz parte da função do psicólogo hospitalar identificar a demanda, a quem ela pertence e buscar estratégias de enfrentamento. Visando a melhor solução possível junto com a equipe, usuário e família/acompanhante levar sempre em consideração a origem e o contexto em que ela surgiu. Outra ação importante é verificar se é uma solicitação pertinente à equipe de psicologia ou se é para outras profissões. Quando for identificada a não compatibilidade da demanda com a práxis psicológica, torna-se necessário o devido encaminhamento.

Entenda-se por demanda uma solicitação, pedido, desejo, e/ou necessidade. Segue abaixo os tipos de demandas a serem abordados (Figura 07).

Figura 07: Tipos de demandas para Atenção Psicológica durante a internação hospitalar.



Fonte: Arquivos da Autora, 2016.

Após identificar a origem da demanda (da equipe, ronda ativa ou espontânea) o profissional pode verificar se o usuário chegou ao hospital devido ao uso de drogas, se chegou por outro motivo relacionado ao uso, ou por qualquer outro evento e usa drogas. Caso o usuário chegue por uso de drogas, a abordagem poderá ser mais diretiva. Mas, caso chegue por outros motivos, negue e não admita o uso de substâncias psicoativas, o profissional poderá abordar o uso de forma mais indireta para verificar se há relação do uso com o agravo que o levou ao hospital. Também é importante identificar se o usuário está disponível para atendimento, disposto a refletir sobre o assunto ou não disponível no momento para abordagem, quando se mantém numa postura defensiva recusando atendimento.

O próximo tópico é a triagem psicológica. Serão triados todos aqueles usuários que forem identificados pelas equipes e aqueles que solicitarem atendimento por demanda espontânea.

TRIAGEM

A proposta da triagem é identificar as principais demandas dos usuários, confirmada ou excluída a necessidade do atendimento e verificada a disponibilidade do usuário e sua família/cuidador para o acompanhamento psicológico. É na triagem psicológica que se faz o contato inicial, apresentação do Serviço de Psicologia e levantamento de queixas e recursos dos usuários, família/cuidador e equipe multiprofissional (Quadro 04).

Quadro 04: Apresentação da triagem psicológica.

TRIAGEM PSICOLÓGICA	
O que é?	Etapa inicial; Visita aos leitos; Apresentação do profissional e do serviço disponível; Identificação das demandas de atendimento.
O que fazer?	Realizar breve contato objetivo e exploratório de questões gerais sobre o usuário internado, sua família/cuidador e a relação com a equipe multiprofissional de referência.
Itens a explorar	<p>Identificação: Muitos dados podem ser obtidos no prontuário. Outros podem ser coletados por meio de perguntas simples (Como gostaria de ser chamado? De onde vem? O que faz?).</p> <p>Motivo da internação/diagnóstico: também podem ser coletados no prontuário, mas é importante perguntar ao usuário para identificar se ele entende o motivo que o levou ao hospital (O que aconteceu? Por que veio pra cá?).</p> <p>Conhecimento do quadro Clínico/Cirúrgico: identificar o que o usuário sabe sobre sua condição atual, previsão de tratamento, possibilidade de alta (O que a equipe te disse? Você entendeu? Vai precisar fazer acompanhamento depois que sair daqui? Já sabe quando vai pra casa?).</p> <p>Adaptação à internação: verificar com o usuário como está sendo ficar internado (Como é pra você estar aqui? Como faz pra passar o tempo?).</p> <p>Questões psicossociais: identificar se o usuário está inserido na Rede de Saúde e de Assistência Social, se faz acompanhamento de saúde mental, se apresenta rede de apoio efetiva (aonde você se consultava antes de vir para o hospital? Já foi atendido por um psicólogo? Com quem mora? Tem alguém te acompanhando nessa internação? Tem alguém que possa te ajudar nesse momento?).</p>

Fonte: arquivos da autora, 2016.

A triagem poderá ser norteadada pelo instrumento “TRIAGEM” no Produto 02 – Instrumentos de apoio (pag.)

2. PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Plano Terapêutico Singular em hospital será elaborado para os usuários identificados na triagem, por demanda de equipe, ronda ativa ou espontânea, que necessitem e desejarem a atenção psicológica durante a internação hospitalar. Didaticamente, o plano foi dividido em seis etapas subdivididas para facilitar a sua elaboração e possibilitar certa organização, são elas:

- 1) Avaliação:
 - Descrição do problema;
 - Consumo de substâncias psicoativas;
 - Motivação.
- 2) Acompanhamento:
 - Individual;
 - Familiar/cuidador;
- 3) Monitoramento hospitalar;
- 4) Preparação para alta;
- 5) Encaminhamento:
 - Intra-hospitalar;
 - Extra-hospitalar.
- 6) Monitoramento pós-alta.

AVALIAÇÃO

Nessa etapa, é possível o detalhamento e aprofundamento de questões apontadas na triagem e esclarecimentos de tópicos que foram levantados. É parte essencial do processo e decisiva para a adesão do usuário e de sua família ao tratamento que será proposto (Quadro 05).

Quadro 05: Apresentação da Avaliação Psicológica – Objetivo, como fazer e o que verificar.

AVALIAÇÃO	
Objetivo	Visa à coleta de dados e de informações mais específicas sobre o usuário para o planejamento do cuidado hospitalar e do manejo psicossocial.
Como fazer?	Realizar entrevistas abertas ou semiestruturadas, não confrontativas, não preconceituosas buscando minimizar a ansiedade do usuário e da família ou acompanhante.
O que verificar?	Áreas de possíveis intervenções: Saúde e autocuidado; Saúde mental e psicopatologia; Configuração e rede familiar; Psicossocial; Espiritual e Ambiental. Relacionando o quadro atual com a descrição do problema, o consumo de substâncias psicoativas e estado motivacional do usuário no momento.

Fonte: Arquivos da autora, 2016.

Sugere-se avaliar com cautela as seguintes áreas identificadas como possíveis de intervenção, para tal, segue a descrição de cada uma delas (Quadro 06):

Quadro 06: Descrição das Áreas de Avaliação e Intervenção.

ÁREAS	DESCRIÇÃO
Saúde e Autocuidado	Queixas somáticas e somatizações; estilo de enfrentamento e funcionalidade; diagnóstico diferencial; hábitos de autocuidado; alterações do sono, padrão alimentar; sexualidade; medidas de proteção e prevenção (potencialidades e dificuldades).
Saúde Mental e Psicopatologia	Comprometimento psíquico devido a enfermidades; Contato com a realidade; Alterações de consciência, atenção, orientação, sensopercepção, juízo, memória, afeto, vontade, pensamento e linguagem; Episódios de descontrole de impulsos; Risco de suicídio; Avaliação da personalidade.

Consumo de Sustâncias Psicoativas	Histórico anterior e atual: tipo de substâncias, efeitos, lugares, formas e vias de consumo; Consciência do problema; Períodos de abstinência e ou redução; Danos e riscos associados ao consumo; Recaídas; Motivação; Gênero e condicionantes que podem afetar o processo de consumo; Habilidades de autocontrole.
Configuração e Rede Familiar	Relações familiares; Estrutura e dinâmica familiar, ajuste da comunicação familiar à situação e idade do paciente; Significado do consumo na família; Identificação da função do consumo; Criação de alternativas; Capacidade da família para enfrentar as crises com coesão e adaptabilidade; Transmissão de padrões de conduta relativos à relação emocional e violência; Funções atribuídas, reais e desejadas.
Psicossocial	Relação com a Rede de Saúde, de Atenção e Assistência. Acontecimentos significativos na vida; História de aprendizagem; Gestão de eventos; Capacidade para estabelecer e manter relações sociais satisfatórias; Estilo relacional, atitudes pessoais nas relações sociais; Responsabilidade e conflitos sociais.
Espiritual	Crenças espirituais, existenciais ou filosóficas e/ou falta delas; Fé; Religiosidade; Percepção em relação à vida; Propósito de existência; Significado e explicações sobre vida, doença e morte; Esperança.
Ambiental	Relação existencial com o ambiente em que vive, transita e frequenta; Local onde se encontra e onde se reconhece como pertencente; Relação com a sua comunidade; Relação de exclusão e pertencimento com seu território; Relação de causa e efeito com o meio e com a vida.

Fonte: Arquivos da autora, 2016.

Segue abaixo um breve roteiro com perguntas norteadoras para identificar possíveis áreas de intervenção durante a internação hospitalar. Lembrando que são norteadoras e que devem estar adequadas ao contexto e ao momento em que o paciente e entrevistador se encontrarem, cabendo ao profissional identificar a pertinência e o objetivo de utilizá-las, podendo adaptá-las a situação presente.

SAÚDE E AUTOCUIDADO

Para avaliar a saúde geral e o autocuidado do paciente, seguem algumas perguntas norteadoras:

- Como você está? Você se sente bem fisicamente? Sente alguma dor, tensão, tem algum problema ou doença física?
- Como você tem se alimentado no seu dia a dia? Tem uma alimentação saudável?
- Praticar exercícios físicos? Com que frequência?
- Costuma fazer exames de rotina?
- Tem hábitos de sono saudáveis? Dorme bem? Dorme suficiente?
- O que você faz para manter seu corpo saudável?
- O que você pode fazer para melhorar sua saúde?

SAÚDE MENTAL E PSICOPATOLOGIA

Para auxiliar nessa avaliação seguem alguns questionamentos:

- Como se sente?
- Como está seu humor a maior parte do tempo? (Feliz, triste, ansioso (a), animado (a), esperançoso (a), alegre, estressado (a), deprimido (a));
- Como são seus sentimentos no seu dia a dia? Você costuma sentir sensações mais negativas ou mais positivas?
- Como estão seus pensamentos a maior parte do tempo?
- Como você interpreta os acontecimentos da sua vida?
- Você costuma pensar de maneira mais positiva ou mais negativa?

- Você costuma pensar mais sobre coisas do passado, do futuro ou do presente?
- Como está sua memória? Lembra-se de mais do passado ou do presente?
- Faz plano para o futuro?
- O que você faz para modificar pensamentos e sentimentos ruins?

CONFIGURAÇÃO E REDE FAMILIAR

Para essa avaliação, tais questionamentos podem ser feitos:

- Com quem você mora?
- É casado ou tem companheiro (a)?
- Tem pais, irmãos, filhos?
- A onde eles moram?
- Como é seu relacionamento com eles?
- Gostaria de melhorar sua relação com eles?
- Existem outras pessoas com quem pode contar nos momentos difíceis?
- Gostaria que eu chamasse alguém para te acompanhar nessa internação?

PSICOSSOCIAL

Seguem algumas perguntas para nortear essa avaliação:

- Você frequenta algum serviço de saúde?
- Faz acompanhamento no posto (UBS)?
- Já utilizou algum outro serviço (CAPS, CRAS, CREAS)?
- Como estão seus relacionamentos (com amigos, família, pessoas em geral)?
- Você se sente bem nos grupos sociais com os quais convive? Quais são esses grupos?
- Quantos relacionamentos significativos você possui?
- Gostaria de se relacionar melhor com as pessoas?
- Participa de alguma atividade na sua comunidade?

ESPIRITUAL

Para essa avaliação seguem alguns questionamentos:

- Como se sente com você mesmo (a), sua paz de espírito, seu amor por você (autoestima) e pela vida?
- Tem um propósito na vida? Qual é?
- Você vê um sentido para os acontecimentos da sua vida?
- Quais são as suas crenças com relação a sua própria existência?
- Você se sente realizado (a)?
- Você acredita que tem uma missão ou um objetivo a cumprir na vida?
- Quais são seus sonhos e esperança?
- Gostaria de entrar mais em contato com você mesmo (a)?
- Tem feito algo para se autodesenvolver?

AMBIENTAL

Seguem alguns questionamentos que podem nortear a avaliação:

- Como é o ambiente em que você vive, transita, frequenta (sua casa, trabalho, bairro, cidade, país)?
- Como você se sente nesses locais?
- Do que você gosta no seu ambiente? E do que não gosta?
- Gostaria de poder melhorar a qualidade do ambiente em que está?
- Quais são as dificuldades que encontra por lá? E quais são as potencialidades?
- Percebe que suas atitudes causam reflexo no seu ambiente?

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Pela descrição do problema se coletam dados importantes e indicadores da gravidade do consumo de substâncias psicoativas e da exposição a fatores de risco do usuário hospitalizado. Busca-se avaliar prejuízos conjugais, familiares e financeiros como perda do emprego, acidentes de trânsito, envolvimento em situações de violência e questões pessoais e familiares relacionadas ao consumo (Quadro 07).

Quadro 07: Detalhamento da Descrição do Problema.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	
Aspectos gerais. Queixas biológicas, psíquicas, sociais, espirituais e ambientais	O que o usuário traz como sofrimento, incômodo ou preocupação. Identificar e esclarecer: Quais são? Quando começaram? Tentativas prévias de resolução? Sucessos e fracassos.
Condição Psicossocial	Identificar condições individuais e comunitárias que possam ser consideradas de risco, proteção e vulnerabilidade. Onde vive? Com quem? Se existe rede de apoio? Se está empregado? Se precisa de auxílio doença ou pode acessar políticas públicas?
Repercussões do problema na vida de forma ampla e geral	Identificar relações significativas, relacionamentos rompidos, mapear vínculos afetivos, se há histórico de acidentes ou violência e outras questões que o paciente trazer. O profissional deve estar atento a história de vida do usuário identificando dificuldades e possibilidades.

Fonte: Arquivos da autora, 2016.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Essa etapa da avaliação tem como objetivo coletar dados e informações sobre o consumo de substâncias psicoativas pelo usuário. São levantados dados como classificação, tipo de droga, padrão de consumo, vias utilizadas, ambiente de consumo, intervalo de consumo. Essas informações são importantes para se traçar estratégias de enfrentamento.

É fundamental questionar se já houve desejo e/ou tentativa previa de interromper ou reduzir o uso, e/ou se já realizou tratamentos anteriores. Podem-se coletar informações que esclareçam como se deram esses tratamentos:

- Quais tipos? (grupos de autoajuda, ambulatoriais, internações hospitalares, comunidades terapêuticas);
- Como foi seu comprometimento nestes tratamentos?

Pode ser realizada por meio de entrevistas abertas e/ou semiestruturadas (Quadro 08).

Quadro 08: Substâncias Psicoativas – Classificação, tipo de droga, padrão de consumo, vias utilizadas, ambiente de consumo, intervalo de consumo.

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	
Classificação	Identificar as substâncias utilizadas: a) Lícitas: São aquelas legalizadas e aceitas pela sociedade em geral como cigarro, álcool e medicamentos; b) Ilícitas: São drogas proibidas pela legislação como maconha, cocaína e heroína.
Tipo de Droga	Identificar o tipo de droga de preferência do usuário ou se há uma mescla dos tipos: a) Depressoras: álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opioides, solventes ou inalantes; b) Estimulantes: tabaco, caféina, anfetaminas, cocaína, crack (cocaína); c) Perturbadoras: maconha, alucinógenos, dietilamida do ácido lisérgico - LSD, ecstasy, anticolinérgicos.
Padrão de Consumo	Identificar como é o consumo. As drogas são consumidas de forma, frequência e quantidade diferentes, nem sempre o uso de substâncias psicoativas causa problemas ao indivíduo, porém sempre implica em riscos.
Vias Utilizadas	Identificar as vias de preferência do usuário para utilizar cada substância. Via utilizada é o caminho de interação da droga com o organismo. As substâncias podem ser ingeridas fumadas, aspiradas, injetadas, absorvidas por mucosas. Algumas vezes, as vias utilizadas podem ser bem diferentes das usuais.
Ambiente de Consumo	Local de preferência para o consumo. Identificar onde a utilização é mais frequente, se em casa, eventos sociais, locais específicos de escolha, ou não.
Intervalo de Consumo	Perguntar ao usuário qual é o tempo médio de intervalo entre um consumo e outro. E como se dá o processo de decisão pelo uso ou adiamento.

Fonte: Autora, 2016.

Segue abaixo, quadro com padrão de consumo (Quadro 09):

Quadro 09: Padrão de Consumo e tipos de uso.

PADRÃO DE CONSUMO	
Uso na vida	Qualquer uso, inclusive, um único uso experimental.
Uso no ano	Uso, ao menos uma vez, nos últimos doze meses.
Uso no mês	Uso, ao menos uma vez, nos últimos trinta dias.
Uso frequente	Uso de seis ou mais vezes nos últimos trinta dias.
Uso pesado	Uso de vinte ou mais vezes nos últimos trinta dias.
Uso abusivo	Quando aparecem prejuízos físicos, mentais e sociais em consequência do uso da substância.
Dependência	Quando aparecem prejuízos cotidianos em decorrência do uso da substância ou dos seus efeitos. Passa muito tempo sob o efeito ou na busca pela substância.
TIPOS DE USO	
Uso Experimental	É ocasional. Primeiro contato com a droga. A maioria das pessoas que experimenta não dá continuidade.
Uso Recreativo	Ocasionalmente, em algumas circunstâncias e eventos. Não implica necessariamente em problemas. Porém, a continuidade e o aumento de intensidade podem gerar maiores riscos.
Uso Médico	Para tratar problemas de saúde e para curar doenças. Torna-se indevido quando não prescrito ou não acompanhado por profissional de saúde.
Uso Ritual	Quando faz parte de um rito religioso ou social, com um significado contextual. Alguns destes usos têm amparo legal.
Uso Nocivo	Padrão de consumo com consequências prejudiciais e riscos saúde. Os problemas podem ser de ordem física, psíquica e social.
Dependência	Descontrole do uso, necessidade de aumentar progressivamente a quantidade da droga. Conjunto de sintomas físicos, psíquicos e sociais que se desenvolvem após o uso repetido de uma substância, associado ao forte desejo de consumi-la.

Fonte: SENAD, 2012.

Outras formas de avaliação podem ser realizadas seguindo os critérios da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 e do Manual de Diagnóstico e Estatística - DSM V conforme quadros abaixo (Quadros 10 e 11):

Quadro 10: Apresentação da classificação diagnóstica e critérios da CID 10.

CID 10	
Uso Nocivo	Padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado dano real à saúde do usuário sem preencher os critérios para dependência.
Dependência	<p>Apresentar três ou mais dos critérios nos últimos 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância; 2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumo; 3. Estado de abstinência quando o uso cessar ou for reduzido, síndrome de abstinência ou uso da substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; 4. Evidência de tolerância; 5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso, aumento da quantidade de tempo necessário para obter, ingerir ou se recuperar de seus efeitos; 6. Persistência no uso a despeito de evidência de consequências nocivas, tais como: danos ao fígado, estados de humor depressivos ou comprometimento do funcionamento cognitivo. <p>Nesse caso, deve-se fazer esforço para identificar se o usuário estava realmente consciente ou se poderia esperar que estivesse consciente da natureza e extensão do dano.</p>

Fonte: CID 10, 1997.

Quadro 11: Apresentação da classificação diagnóstica e critérios do DSM V.

DSM V
Transtornos por Uso de Substâncias
<p>Pelo menos dois destes critérios, durante 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tolerância: necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para intoxicação ou efeito desejado; acentuada redução do efeito com o uso da mesma quantidade;2. Síndrome de abstinência característica para a substância: a mesma substância ou relacionada é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;3. Desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso;4. A substância é consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;5. Muito tempo é gasto em atividades para a obtenção da substância, utilização ou recuperação de seus efeitos;6. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância;7. Uso recorrente resultando no fracasso em desempenhar papéis no trabalho, na escola ou em casa;8. Uso continuado apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso;10. Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;11. O uso é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso da mesma.

Fonte: DSM V, 2013.

Tanto a CID 10 quanto o DSM V não mencionam qual é a quantidade de substância psicoativas necessária a ser ingerida para a classificação diagnóstica, já que esse aspecto é variável e está intimamente relacionado às características e diferenças individuais.

Nessa etapa, é importante que o profissional esteja atento a sinais e sintomas da Síndrome de abstinência que alguns usuários podem apresentar ainda no hospital. A intensidade da síndrome depende do tipo

de substância usada, do padrão de consumo e das características pessoais de cada usuário. Podem aparecer algumas horas ou dias depois que a substância foi consumida pela última vez.

Seguem alguns sintomas que podem aparecer combinados durante a internação hospitalar:

- **Biológicos:** tremores (desde finos de extremidades até generalizados), náuseas, vômitos, sudorese, cefaleia, câibras e tonturas;
- **Psíquicos:** irritabilidade, ansiedade, inquietação, depressão, alterações das funções psíquicas (orientação, juízo, sensopercepção, linguagem, pensamento, memória).
- **Sociais:** relacionados ao convívio, rede social e de apoio, e dificuldade de relacionamento com outros pacientes e equipe de saúde.

Caso o usuário hospitalizado apresente alguns desses sintomas, o profissional deve investigar se não fazem parte do quadro clínico atual, ou se são efeito de algum medicamento que está sendo utilizado, para depois se pensar em abstinência de alguma substância específica.

MOTIVAÇÃO

Pode ser definida como o impulso que faz com que as pessoas se movam na busca de seus objetivos. Envolve fenômenos biológicos, psíquicos sociais, espirituais e ambientais. Diz respeito ao processo de iniciar, direcionar e manter atitudes visando atingir o alvo.

Avaliar a motivação dos usuários quanto ao consumo de substância psicoativas é essencial para o planejamento terapêutico, além disso, aponta sua disposição real para o tratamento. Em hospital geral, na avaliação da motivação do usuário para mudança de interromper ou reduzir o consumo de substância psicoativa deve-se verificar os estágios motivacionais em que ele se encontra e também identificar se essa motivação está associada ao processo de hospitalização ou não.

Os estágios motivacionais não representam necessariamente etapas evolutivas, podendo ocorrer flutuações entre eles (Quadro 12).

Quadro 12: Apresentação dos Estágios Motivacionais, como identificar e o que fazer.

ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS	COMO IDENTIFICAR?	O QUE FAZER?
Pré contemplação	Quando o usuário não admite que o consumo da substância seja prejudicial, não associa o fato à hospitalização e não há motivação para a mudança.	Nesse estágio deve-se evitar o confronto direto, incentivar a busca por tratamento das questões relativas ao motivo da internação e fortalecer os motivos secundários como tosse, anemia, cuidados pós-cirúrgico.
Contemplação	Prevalece no usuário a ambivalência em relação ao consumo de substâncias mesmo que perceba prejuízos, minimiza alguns ou apresenta benefícios do uso.	Podem ser discutidas as vantagens e desvantagens do consumo, da redução ou abstinência. Confrontar a manutenção do consumo com a hospitalização e com os planos futuros se houver.
Planejamento ou Determinação	Quando o usuário compreende o problema, e pede ajuda de fato. Mostra-se determinado e participa ativamente do tratamento.	Auxiliar na elaboração de estratégias de enfrentamento, identificar e trabalhar as crenças disfuncionais, buscar soluções envolvendo usuário, família e equipe, pontuar resistências.
Ação	Quando o usuário começa a aplicar as	Deve-se oferecer todo o suporte possível,

	estratégias e o planejamento elaborados anteriormente.	buscando envolver a família, a equipe e a rede de atenção mais próxima.
Manutenção	Quando o usuário busca a estabilização tentando transformar as mudanças em um novo modelo de vida. Geralmente, poucas vezes o usuário vai chegar a esse estágio durante a internação hospitalar. Porém pode ser que já esteja nesse estágio quando foi hospitalizado.	Utiliza-se a prevenção de recaída. Para os que apresentam maiores comorbidades, são realizados encaminhamentos intra e extra hospitalares para seguimento especializado.
Recaída	Não é considerado um estágio, porém costuma ser regra e não exceção. Pode acontecer dentro e fora do ambiente hospitalar.	Nesses casos, o mais importante é identificar o lapso, elaborar rapidamente o que aconteceu e retomar o tratamento o mais breve possível antes que se configure uma recaída de fato.

Fonte: Adaptado de Prochaska & DiClemente (1982) pela autora, 2016.

Após a avaliação, o profissional dará sequência ao processo da atenção visando o acompanhamento e evolução do caso. Essa etapa diz respeito ao planejamento e execução de ações e intervenções que objetivam a melhora do usuário, suporte a equipe técnica e orientações e apoio a família.

Na prática, os psicólogos que atuam com a temática lidam diariamente com questões bem específicas relacionadas ao cuidado de usuários. É preciso conviver com frustrações e dificuldades que surgem diante de usuários que consomem drogas, alguns com doenças crônicas

provenientes do uso, aceitando seus limites e vislumbrando possibilidades.

Além disso, é fundamental que o profissional envolvido tenha objetividade e persistência diante dos desafios do cuidado, desenvolvendo uma relação positiva e de apoio com o usuário. Deve procurar se manter disponível e informado, considerar outros recursos de tratamento na estruturação do plano singular de cuidado, envolver membros da família e direcionar ou adaptar as condutas dos usuários hospitalizados com maior comprometimento psicossocial sempre que necessário.

ACOMPANHAMENTO

A proposta de atenção psicológica prevê um planejamento mínimo de acompanhamento ao usuário que será elaborado de acordo com a unidade de internação em que ele se encontra, considerando sua condição clínica e vislumbre possibilidades de intervenções interdisciplinares. Tem como objetivo promover novas estratégias de enfrentamento aos problemas, modificar condições de sofrimento e propor novos modos de vida mais saudáveis e criativos, não se detendo apenas na cura das doenças ou no alívio dos sintomas que motivaram a internação e sim na construção de novas possibilidades.

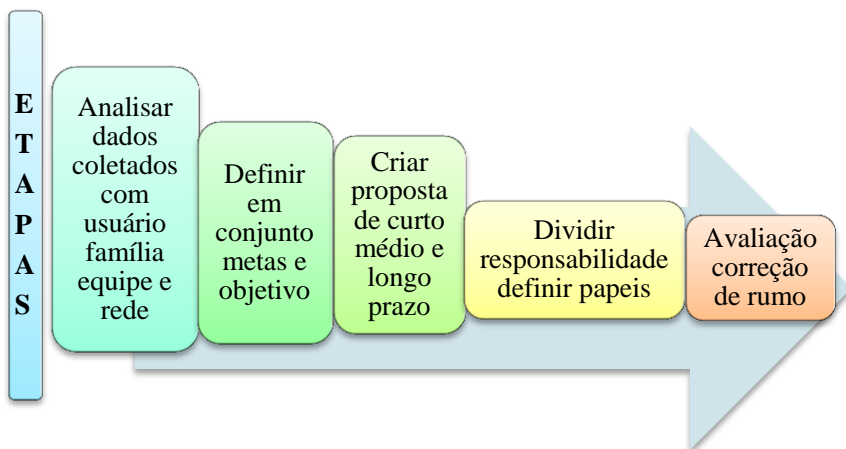
A proposta terapêutica deve partir do contexto do sujeito, de sua rotina, seu dia a dia, suas escolhas, suas defesas, sua família e rede de apoio, e de outras questões que irão aparecer na coleta e análise dos dados da avaliação.

INDIVIDUAL

O primeiro desafio do psicólogo é tentar prever minimamente o tempo que o usuário ficará internado, baseando-se na sua experiência de atuação na unidade de internação e utilizando-se de interconsulta - consulta a outros profissionais da equipe - para traçar e delimitar o planejamento dentro do tempo suposto de internação. Para isso, é fundamental o contato com outros profissionais, verificar se há exames agendados, procedimentos previstos e indicação de alta.

Depois, embasado na avaliação realizada, compreender quem é o usuário, suas múltiplas dimensões, desejos, valores e escolhas utilizando-se dos vínculos estabelecidos entre o usuário, família/cuidador e profissionais. Se possível, para tal elaboração, o psicólogo pode convidar outros membros das equipes multiprofissionais na tentativa de construir uma proposta interdisciplinar e possibilitar maior articulação entre os profissionais envolvidos. Segue abaixo uma proposta com etapas para estruturação do plano de acompanhamento do usuário (Figura 08):

Figura 08: Descrição das etapas do acompanhamento do usuário.



Fonte: Arquivo da autora, 2016.

- **Analisar dados coletados com usuário, família, equipe e rede:** Na busca de entender o funcionamento e o modo de ser do usuário e as relações que ele estabelece é importante analisar as informações dadas por ele, sua família/cuidadores, equipe de referência e, se possível, dos serviços da rede pelos quais ele já passou correlacionando essas informações com o processo de saúde-doença-consumo de substâncias psicoativas- internação hospitalar.

- **Definir em conjunto metas e objetivos:** Durante a internação devem ser traçados metas e objetivos a curto, médio e longo prazo, a depender das condições de cada usuário e sua motivação para tal. Nessa etapa, o profissional deve buscar a superação do modelo de atendimento baseado apenas no treinamento de situações pontuais como cuidados de higiene, alimentação e desenvolvimento de habilidades e regras sociais - que são importantes e fazem parte do processo de cuidado - porém, em sentido mais amplo, é fundamental considerar todas as possibilidades do paciente estimulando sempre a autonomia e corresponsabilidade dos atores envolvidos.

- **Criar propostas de curto, médio e longo prazo:** O psicólogo ao mediar e construir as propostas junto com o usuário, família e equipe, deve acolher as demandas sem se posicionar de forma invasiva, mas buscando opções possíveis. As propostas deverão estar em conformidade com as metas e objetivos traçados a curto, médio e longo prazo. Nessa fase, é preciso favorecer o cuidado contínuo e possibilitar os encaminhamentos necessários de forma responsável e respeitosa aos limites e desejos do usuário e família.

- **Dividir responsabilidades e definir papéis:** Dividir a responsabilidade do cuidado e definir os papéis dos vários atores - usuário, família/cuidadores, equipe multiprofissional e rede - pode ser uma maneira promover a plasticidade necessária para responder a complexidade das demandas e da atenção durante a internação hospitalar e pós-alta imediata dos usuários de substâncias psicoativas.

- **Avaliação e correção de rumo:** O direcionamento construído a partir da identificação das necessidades dos usuários e de suas famílias durante a internação deve ser revisto nos seus contextos sempre que necessário, buscando avaliar o que foi feito, quais são os pontos positivos e negativos, sucessos, manutenções e fracassos visando correção de rumo e formas de apoio dentro das condições disponíveis.

Cabe ressaltar que muitas vezes não será possível completar esse planejamento e realizar um plano terapêutico singular com todas as suas potencialidades durante o período hospitalização, seja devido ao curto período de tempo ou pelas imprevisibilidades do ambiente hospitalar.

No entanto, os usuários devem ser acolhidos pelos serviços na perspectiva de superação das dificuldades ambientais. Ou seja, apesar do planejamento mínimo e das condições não ideais, é possível tentar transformar fragilidades em potencialidades com respeito à singularidade de cada um.

Na ausência de tempo hábil ou frente a imprevisibilidades que impossibilitem o atendimento, os encaminhamentos deverão ser feitos de modo a possibilitar a sequência da atenção numa perspectiva de linha de cuidado.

FAMILIAR

Quando uma pessoa é hospitalizada para tratamento de saúde, na maioria das vezes, vem acompanhado por um membro da família e/ou recebe visita da família. Em alguns casos, a família acaba se hospitalizando junto com o paciente. No caso de usuário de substâncias psicoativas, a participação da família no tratamento está diretamente relacionada à possibilidade de mudança no estilo de vida do usuário. O fortalecimento do suporte social é fundamental para um bom desfecho e a manutenção do tratamento.

Famílias com funcionamentos mais organizados tendem a apresentar maiores possibilidades de recursos e sucesso no processo de reorganização e recuperação da saúde do usuário. Também há famílias que não se implicam nesse processo, não participam do tratamento, por diversos motivos - quebra de vínculos, falta de condições mínimas estruturais familiares, não serem localizadas, ausência de desejo dos membros da família e do próprio usuário - e que não estão disponíveis ou em condições para nenhum tipo de ajuda e reorganização familiar durante a internação.

Geralmente as famílias que se implicam, desejam a manutenção da abstinência do usuário ou pelo menos a redução do consumo de substâncias, e mantem a esperança na continuidade do processo de

recuperação fora do hospital. É necessário que os profissionais envolvidos preparem a família para lidar com as adversidades e crises que virão ao longo do processo de recuperação no hospital e pós-alta hospitalar. Caso não haja rede de apoio efetiva identificada, deverá ser organizada uma rede de suporte social em articulação com as equipes de Serviço Social que atuam no hospital, possibilitando no pós-alta a continuidade do cuidado na rede ou em outro dispositivo.

A família do paciente deve receber orientações e participar ativamente durante todo o processo. Os fatores de proteção deverão ser estimulados, os de risco minimizados e fortalecida a vinculação familiar. É importante desenvolver valores e compartilhar tarefas, como também, trocar informações sobre rotinas e práticas diárias.

Lembrando que potenciais fatores de proteção e de risco podem se alterar de acordo com as configurações individuais, familiares, sociais e ambientais, ou seja, o que pode ser fator de proteção para uma pessoa ou família pode ser de risco para outros, sendo fundamental identificar o que é o quê e para quem.

Para famílias muito disfuncionais, com mais de um dependente e/ou quando o cuidador é também usuário e apresentam prejuízos importantes causados pelo consumo de substâncias, podem ser indicados tratamentos paralelos à internação do usuário e encaminhá-los aos serviços disponíveis nas Redes. O apoio psicológico deve ser oferecido e mantido durante toda a internação hospitalar reassegurando promoção de saúde e manutenção de suporte psicossocial.

ABORDAGENS

Para esse trabalho foram selecionadas três principais abordagens. São elas:

- 1) Intervenções breves;
- 2) Entrevista motivacional;
- 3) Aconselhamento.

INTERVENÇÕES BREVES

São utilizadas para reduzir os riscos provenientes do consumo de substâncias psicoativas e minimizar as chances de complicações. Não

demandam muito tempo e pode ser utilizadas com facilidade em ambientes hospitalares. Entretanto, não devem ser confundidas com psicoterapia breve, que têm objetivos mais amplos e demandam maior disponibilidade de tempo, algumas vezes incompatíveis com a hospitalização em unidades de internação (Quadro13).

Quadro 13: Intervenções breves.

INTERVENÇÕES BREVES	
O que são?	Intervenções voltadas para o estabelecimento de metas abordando os problemas de forma objetiva. Estão indicadas tanto para usuários gravemente comprometidos, quanto para usuários menos graves e também para aqueles não receberam tratamentos anteriores.
O que fazer?	Identificar situações de risco no ambiente hospitalar e fora dele; Estabelecer metas a curto, médio e longo prazo de acordo com o objetivo a ser alcançado, previsão de tempo de internação, e motivação do usuário; Facilitar e mediar a criação de estratégias para evitar retorno a padrões anteriores; Aconselhar o usuário embasado nos riscos para saúde e possibilidades de mudanças; Oferecer apoio continuado; Orientar o usuário, família e equipe; Envolver a família no processo de recuperação; Encaminhar o usuário e sua família para serviços de referência.

Fonte: Arquivo da autora, 2015.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A Entrevista Motivacional - EM é uma técnica descritiva, breve, podendo ser realizada numa única entrevista ou no processo terapêutico. É especialmente útil nos hospitais, principalmente nas unidades de internação que apresentam uma alta rotatividade.

Pode ser utilizada em qualquer fase do cuidado em saúde tanto para aqueles que buscaram ajuda, quanto para os que não buscaram, pois não utiliza o conceito de doença e está baseada no conceito de motivação.

É também indicada para pessoas que apresentam resistência ou estão ambivalentes quanto às mudanças por ser abrangente, focada no usuário e na empatia do profissional (Quadro 14).

Quadro 14: Entrevista motivacional.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
Princípios	Colaboração; Motivação; e Autonomia do usuário.
Objetivos	Sensibilizar o usuário a desenvolver comprometimento com seu tratamento, saúde e vida; Possibilitar a tomada de decisão; Expressar empatia; Contornar resistências; Abordar ambivalências; Proporcionar mudança e interação com o meio; Promover auto eficácia.
Atuação Profissional	Diretiva, flexível e empática. Não confrontativa, tolerante a frustração, colaborativa e respeitosa. Deve informar aconselhar, advertir, mas é o próprio usuário quem decidirá o que, como e quando fazer. Em alguns casos, em ambiente hospitalar essa decisão diz respeito à adesão aos tratamentos e procedimentos propostos, assim, o psicólogo poderá esclarecer junto ao usuário, família/cuidador e equipe os riscos e benefícios facilitando o processo de decisão.

Fonte: Arquivos da autora, 2016.

ACONSELHAMENTO

Deve ser claro e objetivo na busca de reduzir os danos causados pelo consumo de substâncias psicoativas, focando na preservação da vida e na promoção, prevenção e cuidado em saúde e embasado nas informações colhidas com o usuário, sua família/cuidadores, equipes multiprofissionais e/ou serviços de saúde.

Está relacionado à resolução de problemas, focado no presente e na situação atual. Orientado para ação, processo de tomada de decisões, relações interpessoais e promoção da autonomia, em alguns casos, pode ser preventivo (prevenção secundária, terciária e quaternária).

As orientações são no sentido de mediar tomada de decisão sobre:

- Redução de riscos e danos;
- Consumo e efeito de diferentes substâncias psicoativas;
- Comportamento sexual de risco;
- Complicações clínicas, psíquicas e gestacionais;
- Necessidade de busca de ajuda para tratar outros problemas que não são a causa da hospitalização, como saúde sexual e odontológica;
- Possibilidades de tratamento.

MONITORAMENTO HOSPITALAR

Esse tipo de conduta é realizado durante a internação hospitalar nos casos em que o usuário não expressa uma queixa específica e/ou não quer ajuda para reduzir ou interromper o uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, o profissional irá monitorar o caso, ou seja, não abordará o usuário de forma direta, porém seguirá atento a qualquer mudança de direção no caso, ou quadro clínico, deverá observar alterações de comportamento, atitude ou possíveis queixas e buscar informações relacionadas ao usuário hospitalizado com a equipe multiprofissional.

Seguirá contatando a equipe, família/ cuidadores e o próprio usuário, tornando-se o profissional de referência para saúde mental, entretanto, sem uma abordagem mais específica até o momento que se fizer necessário ou que a situação inicial mude e o usuário passe a ser acompanhado.

PREPARAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR

Preparar o usuário e sua família/cuidador para sair do hospital faz parte das atribuições do psicólogo. Assim como orientar sobre mudanças de vida, cuidados gerais de saúde, esclarecer sobre o período pós-alta e sobre a necessidade ou não da continuidade do tratamento, encorajar o usuário e seus familiares a sanar dúvidas com a equipe multiprofissional e fazer os encaminhamentos pertinentes.

A possibilidade de alta hospitalar traz em si a precipitação de desejos, medos e inseguranças adormecidos durante a hospitalização. É hora de voltar pra casa, retomar rotinas e encarar a realidade que se apresenta. A depender do tempo de hospitalização, gravidade do caso e

condições de alta tanto o paciente quanto a sua família podem vivenciar sentimentos de insegurança, incerteza e desamparo, mesmo nos caso em que a alta é um momento esperado e desejado.

Muitas vezes é preciso reavaliar os motivos que levaram o usuário ao hospital, fazer ajustes na rotina, reorganizar a família e contatar a Rede. Nesse sentido cabe ao psicólogo junto ao usuário, família/cuidador e equipe mediar essa condição, sendo importante refletir sobre:

- Como está a condição física, psíquica e social do paciente?
- Apresenta alguma limitação (visual, auditiva, motora, cognitiva) prévia ou adquirida?
- Para onde vai?
- A família tem condição (organização e desejo) de recebê-lo?
- Tem suporte psicossocial adequado e efetivo?
- Está vinculado a Rede e/ou serviços?
- É necessário dar continuidade ao tratamento?
- Qual o serviço mais indicado para o seguimento da atenção?
- Está disponível e motivado para a continuidade do cuidado?

Essas são apenas algumas questões que podem nortear a preparação para alta, que deve visar a promoção da saúde, a prevenção de maiores agravos e o cuidado integral em rede.

ENCAMINHAMENTOS

Ao se esgotarem as possibilidades de atendimento na unidade de internação na qual o usuário se encontra, ou por ocasião da alta hospitalar, ele será encaminhado para o local mais indicado no momento, considerando a necessidade, gravidade e contexto.

O encaminhamento pode ser:

- Intra-hospitalar: Acontece quando o usuário precisa ser remanejado para outra unidade dentro do mesmo hospital. Ou pode ser também, apenas um pedido de parecer para outro

profissional que não se encontra naquela unidade, porém na mesma instituição;

- Extra-hospitalar: Acontece no caso de alta hospitalar. Quando a alta é programada e há necessidade de acionar as Redes (de Atenção a Saúde, Psicossocial e de Assistência) ou outros serviços para seguimento do tratamento do usuário. Serão feitos contatos com os profissionais dos serviços de referência ou de escolha e elaborados documentos com as informações pertinentes.

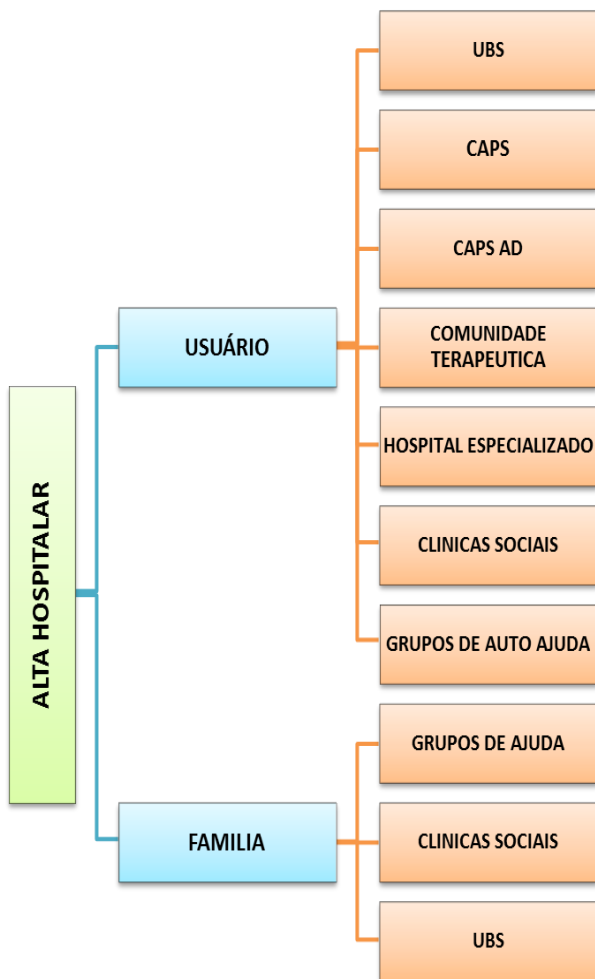
Os encaminhamentos extra-hospitalares devem ser realizados preferencialmente em comum acordo com a equipe multiprofissional da unidade na qual o paciente se encontra e para a rede pública. Para se chegar a esse acordo, é importante verificar as redes disponíveis no território em que ele vive, assim como também, contatar os profissionais de referência no local escolhido para passar o caso com as principais informações que irão colaborar para o seguimento da atenção.

No entanto, muitas vezes, a rede é falha ou insuficiente e, nesses casos, os encaminhamentos podem ser feitos para outros locais que não compõe a rede pública de serviços, porém, oferecem algum suporte a esses usuários.

A rede de suporte social e de apoio familiar deve ser fortalecida durante toda a hospitalização e principalmente no período de preparação para alta. Quando estas redes se encontram constituídas de forma precária, torna-se fundamental a atuação conjunta do psicólogo com outros profissionais, como, por exemplo, os do Serviço Social do hospital.

Segue abaixo fluxograma de locais para possíveis encaminhamentos (Figura 09).

Figura 09: Fluxograma de encaminhamento no Pós-alta Hospitalar.





Fonte: Arquivos da autora, 2016.

MONITORAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR

Após alta hospitalar serão realizados contatos telefônicos com usuários, suas famílias/cuidadores e/ou com serviços e Rede de referência para monitorar minimamente as situações encaminhadas. É importante verificar:

- O usuário chegou até a Rede?
- O tratamento teve continuidade?
- O usuário está recebendo o tratamento adequado?
- Como está sendo a sua resposta ao suporte oferecido?

- Quais foram as dificuldades que surgiram?
- Como estão o usuário e família após alta?

Os contatos poderão ser realizados em períodos de 07, 15 e/ou 30 dias a depender da avaliação da equipe.

A partir das informações coletadas será possível verificar, entre outras coisas, se a proposta do cuidado e os encaminhamentos surtiram algumas mudanças, se cumpriram ou não seus objetivos e o que precisa ser melhorado.

COMUNICAÇÃO COM EQUIPE

Em hospital geral, a comunicação com equipe normalmente acontece pela fala, interconsulta, ou pela escrita, registro em prontuário e elaborações técnicas, em um processo de compartilhamento de informações, significados e sentimentos entre profissionais, pacientes e família. Pode ser verbal e não verbal e abrange questões importantes como:

- Ouvir com empatia;
- Estar disponível;
- Estabelecer diálogos;
- Respeitar o interlocutor e as suas diferenças;
- Desenvolver habilidade para abordagens de matriciamento;
- Apropriar-se de alguns termos técnicos utilizados por outras profissões;
- Demonstrar habilidade nas relações interpessoais.

Devido à heterogeneidade que caracteriza os membros das equipes de saúde – nível educacional, formação, contrato de trabalho, remuneração, carga horária e responsabilidades – uma boa comunicação se torna essencial para consolidar e sustentar as equipes multidisciplinares numa perspectiva de clínica ampliada.

A clínica ampliada é, em suma, uma ferramenta de inclusão e articulação de diferentes enfoques e disciplinas que identifica as várias dimensões do ser humano na sua complexidade e reconhece que em alguns momentos pode predominar um enfoque sobre outro, porém sem negar as múltiplas possibilidades de ação.

Além das diferenças entre os trabalhadores, existem diferenças entre as profissões, as unidades de atuação e os locais de inserção (região, município, território) também existem diferenças entre os usuários desses serviços, cada qual com suas características, história de vida e crenças pessoais e coletivas.

Assim, pode-se dizer que os principais desafios para uma comunicação eficiente entre profissionais de uma equipe multidisciplinar são a diversidade na formação dos profissionais - considerando que algumas profissões podem diferir de outras quanto ao treinamento para comunicação e que cada categoria profissional tende a se comunicar mais com seus pares - e a hierarquia profissional e institucional, na qual, geralmente são os médicos que ocupam a posição de maior autoridade, o que pode inibir os demais membros da equipe.

Os diferentes modos de atuação multiprofissional em uma mesma equipe com seus múltiplos saberes e práticas específicas e integradas, na perspectiva de uma atenção integral, merece destaque. Já que o trabalho em equipe multiprofissional é coletivo, sustentado na reciprocidade das suas relações, conhecimentos e ações diferenciadas por múltiplos atores especializados.

A integralidade preconizada deve ser construída a partir de um instrumento transversal que é a linguagem, na tentativa de superar, num primeiro momento, a distância vivencial, prática e metodológica entre os profissionais das equipes e depois entre esses e os usuários, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (2008).

Para propor humanização tanto na atenção quanto na gestão hospitalar é preciso sustentar um maior equilíbrio de poderes nas relações entre os profissionais das equipes numa perspectiva de atuação horizontal dentro da organização e principalmente na relação com o usuário e família/cuidador.

Seguem alguns questionamentos para fomentar a reflexão sobre a comunicação na sua equipe de trabalho:

- Como acontece a comunicação na equipe multiprofissional da unidade hospitalar na qual está inserido?
- Essa comunicação propicia práticas efetivas de integralidade e humanização no trabalho dessa equipe?

A boa comunicação com a equipe multidisciplinar e entre as diferentes equipes de especialidades favorece um ambiente mais positivo para a instituição de saúde, seus profissionais e propicia mais segurança aos usuários, qualificando o atendimento e aumentando a confiança na equipe que demonstra sintonia.

Quando um usuário é internado em hospital geral, uma equipe de referência - profissionais que se responsabilizam pelo usuário cotidianamente - assume o caso. Em alguns casos, outros profissionais podem ser consultados por meio de interconsulta, pedido de parecer ou por profissionais apoiadores.

Numa perspectiva de matriciamento, o atendimento conjunto feito por mais de um profissional pode ser vivenciado como provocador de experiência para todos os atores envolvidos, tendo nas discussões dos casos e na formulação do projeto terapêutico singular ferramentas fundamentais para valorização de todos os trabalhadores, criação de clima favorável e redução dos efeitos negativos da hierarquia profissional.

A comunicação eficiente deve ser estimulada durante todo o processo, hipóteses diagnósticas, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação para correção do rumo. Caso necessário e se possível, é importante estabelecer horários fixos para reuniões com uma periodicidade frequente.

Fazem parte da proposta de comunicação com a equipe:

1. Atenção direta ao usuário e sua família - Atendimento individual ao paciente e ao familiar/cuidador:

- a) Identificação da demanda;
- b) Avaliação da motivação e expectativa;
- c) Evolução e diagnóstico;
- d) Eleição e priorização dos objetivos terapêuticos;
- e) Determinação e priorização das sequências de intervenção;
- f) Escolha de estratégias e atividades terapêuticas;
- g) Planejamento da atenção psicológica individual e familiar;
- h) Participação ativa nos processos de reinserção e seguimento pós-alta hospitalar.
- i) Valorização de atividades interdisciplinares.

2. Atenção à equipe de saúde - Orientação e matriciamento:

- a) Acompanhamento dos atendimentos prestados aos usuários;
- b) Sugestão de conteúdos teóricos e de leituras referentes à temática;
- c) Incentivo a participação de eventos na área;
- d) Colaboração e com a produção de materiais e atividades pertinentes;
- e) Execução e estudos clínicos
- f) Disponibilização de informes atuais que motivem pensamentos críticos

Outra forma de comunicação com a equipe multiprofissional é o registro em prontuários multiprofissionais que podem ser físicos e eletrônicos. Também podem ser solicitadas ao psicólogo a elaboração de documentos técnicos como pareceres, atestados, relatórios/ laudos e declarações.

REGISTRO EM PRONTUÁRIO E ELABORAÇÃO TÉCNICA

De acordo com a Resolução 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos, a redação do psicólogo deve contemplar de forma sucinta o trabalho prestado, a descrição e evolução da atividade e procedimentos técnicos científicos.

O registro em prontuário multiprofissional, como acontece em hospitais gerais, deve ser realizado em um único prontuário de forma atualizada e organizada informando a definição da demanda, os objetivos, a evolução, o acompanhamento, os encaminhamentos até o encerramento do atendimento. E, sobretudo, garantir o sigilo e a privacidade do usuário com apenas o registro das informações necessárias ao cumprimento do tratamento proposto. Deve também, garantir ao usuário e seu representante legal acesso integral a essas informações do prontuário.

Recomenda-se que na evolução realizada para registro de informações sobre uso de substâncias psicoativas não usar o termo “adição”, pois este vem sendo omitido de literaturas mais recentes por conter uma definição vaga e conotação potencialmente negativa. O

termo mais recomendado para registro atualmente, segundo o DSM V, é “transtorno por uso de substância” que vem sendo utilizado para descrever a ampla gama de transtornos relacionados ao uso, desde uma forma leve até um estado grave. No caso do consumo não representar ou caracterizar um transtorno, pode se usar apenas “uso de substâncias”.

Outra nomenclatura que tem sido abolida dos registros é “alcóolatra” sendo substituída pelo termo “alcoolista” que apresenta também uma conotação menos reducionista do quadro.

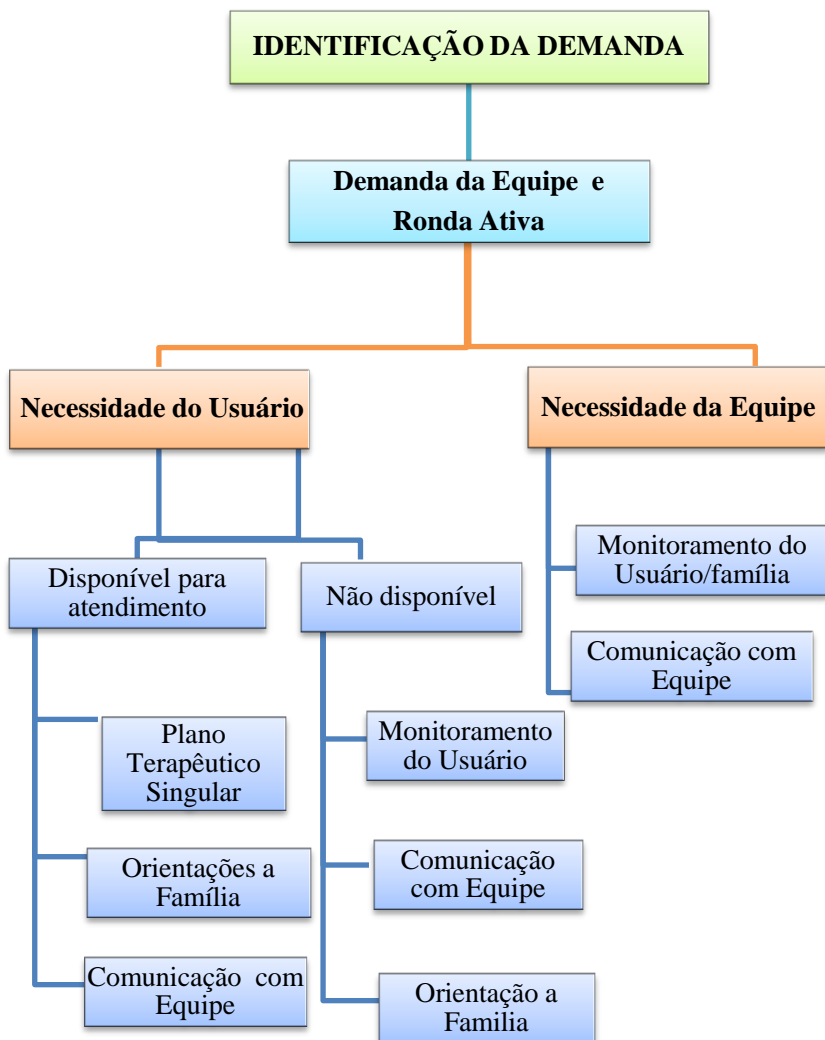
Quanto à elaboração de documentos técnicos como declaração, atestado, relatório/laudo psicológico e/ou parecer psicológico, recomenda-se consulta ao Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo do CFP instituído pela Resolução CFP N.º 007/2003.

FLUXOGRAMA DA ATENÇÃO PSICOLÓGICA

Em resumo, a atenção psicológica aqui proposta pode ser solicitada para o usuário, sua família/ cuidador pela equipe multiprofissional, ronda ativa ou por demanda espontânea. As três etapas que compõem essa atenção são subdivididas, dinâmicas e sua sequência pode ser alterada conforme a autonomia profissional e as imprevisibilidades das unidades hospitalares.

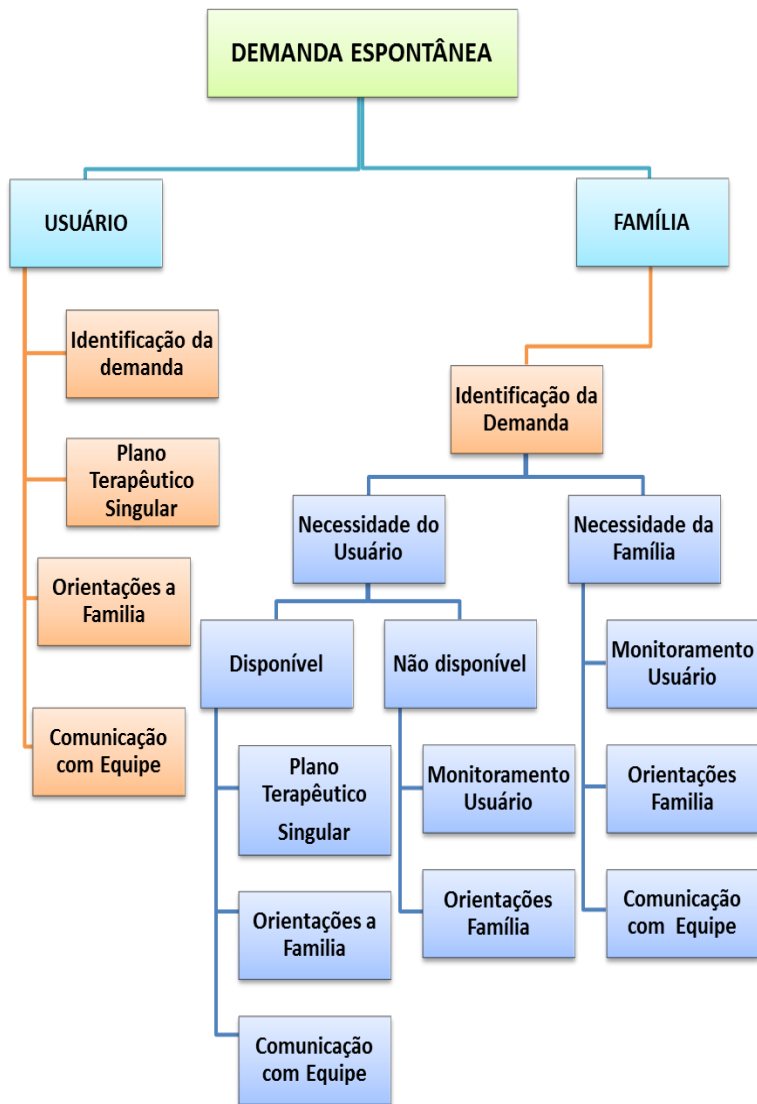
Segue abaixo fluxogramas da atenção proposta (Figuras 10, 11, 12 e 13).

Figura 10: Fluxograma – Identificação da demanda por Equipe Multiprofissional e Ronda Ativa.



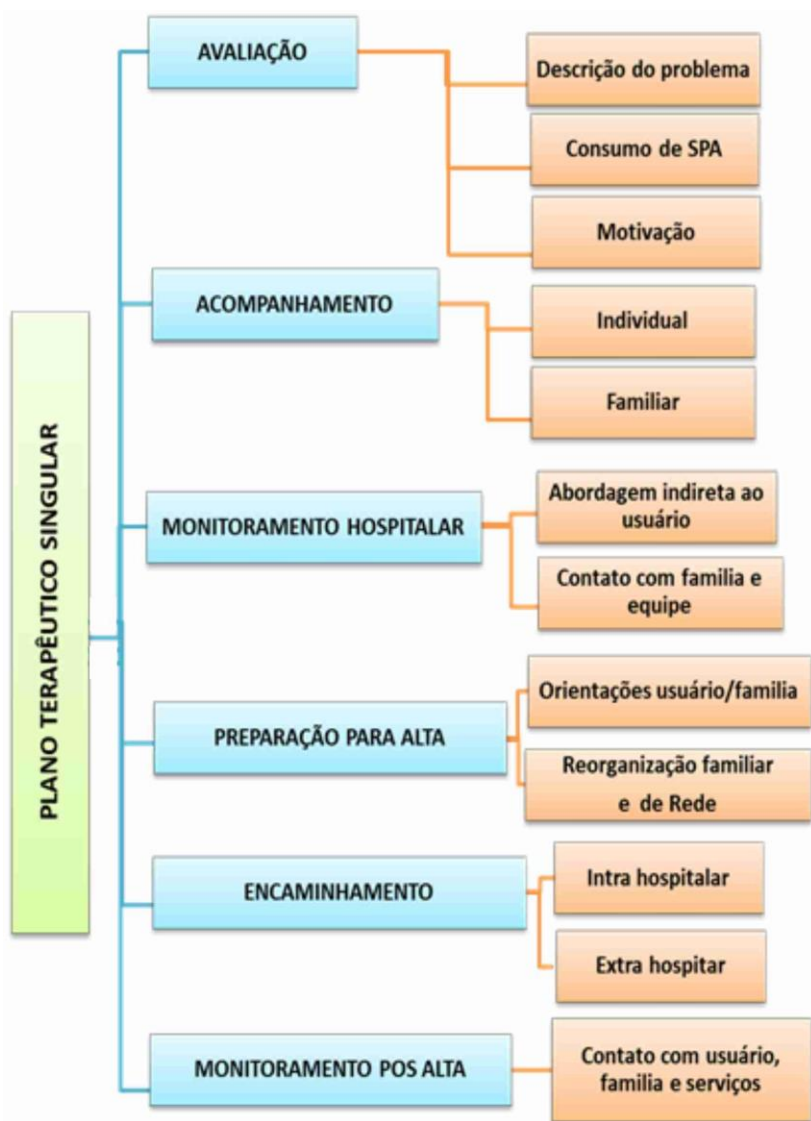
Fonte: Arquivos da autora 2016.

Figura 11: Fluxograma - Atenção Psicológica por demanda Espontânea.



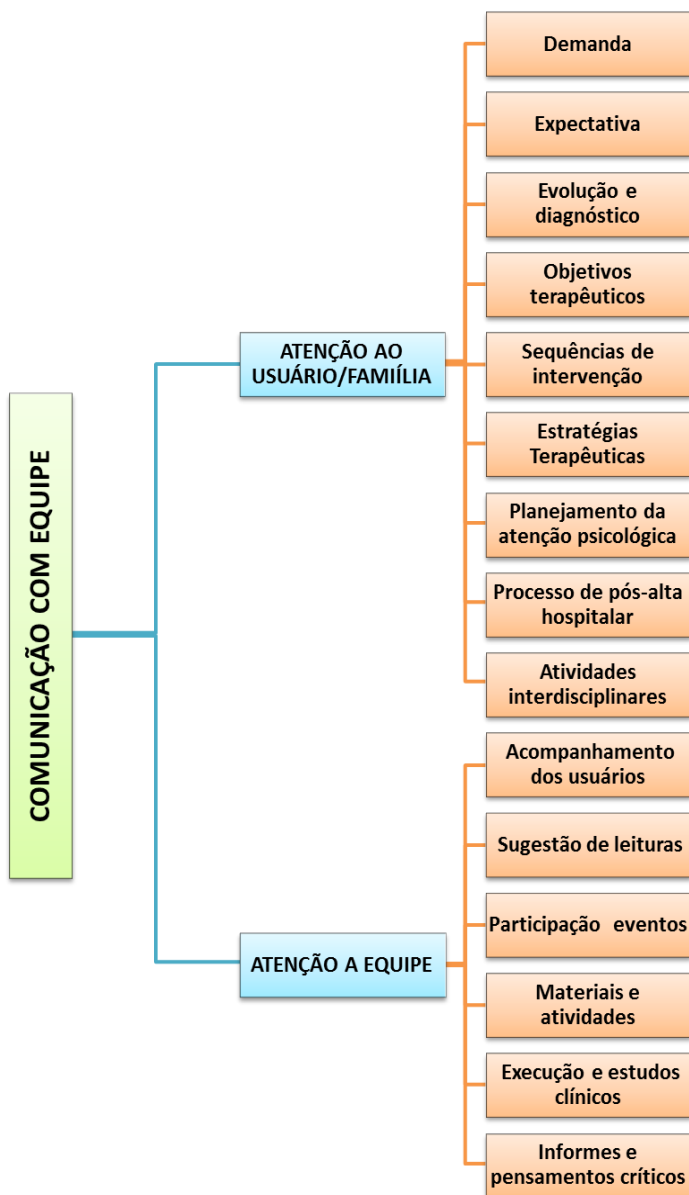
Fonte: Arquivo da autora, 2016.

Figura 12: Plano Terapêutico Singular.



Fonte: Arquivos da autora 2016.

Figura 13: Comunicação com Equipe.



Fonte: Arquivos da autora 2016.

Produto 02 - INSTRUMENTOS DE APOIO

Sua utilização é facultativa, esses instrumentos foram elaborados para servir de material de apoio, ficando a critério dos participantes o seu preenchimento.

O material segue apresentado abaixo (Quadros 15, 16,17 e 18):

Quadro 15: Sugestão de Triagem Psicológica Hospitalar.

TRIAGEM		
Identificação	Data da triagem: ___/___/___	
Nome: _____	Como gostaria de ser chamado: _____	
Prontuário: _____	Leito: _____	Telefone para contato: _____
Sexo: _____	Identidade de Gênero: _____	
Estado Civil: _____	Profissão: _____	
Ocupação: _____		
Onde reside: _____	Com quem: _____	
Informante: () O próprio () Outro _____		
Escolaridade: _____		
Obs: _____		
Diagnóstico		
Motivo da internação: _____		
Diagnóstico clínico: _____		
Clínica responsável: _____		
Profissional de referência: _____		
Limitações: () nenhuma () auditiva () visual () motora () fala ()		
Outra: _____		
Obs: _____		
Suporte Psicossocial		
Acompanhado: () Sim () Não Quem: _____		
Suporte instrumental: () funcional () limitado () Ausente		
Suporte emocional: () funcional () limitado () Ausente		
Rede de apoio: () presente () ausente () funcional () limitada ()		
inexistente		
Obs: _____		

Internação
Compreensão do quadro clínico/cirúrgico: () muito boa () boa () pouca () ruim () nenhuma Queixas: _____ Adaptação à internação: _____ Obs: _____
Saúde Mental
Acompanhamento Psiquiátrico: _____ Psicológico: _____ Onde: _____ Quanto tempo: _____ Motivo: _____ Uso de medicação psicotrópica: () Não () Sim Qual: _____ História de transtorno mental na família: () Não () Sim Quem: _____ Obs.: _____
Consumo de Substâncias Psicoativas
Fez uso de substâncias lícitas ou ilícitas ao longo da vida () Não () Sim Quais: _____ Quando foi a última vez que usou: _____ Quais: _____ Relaciona o uso com a internação Hospitalar: _____ Por quê: _____ Obs.: _____
Conduta
() Identificação da Demanda () Triagem () Plano Terapêutico Singular () Avaliação () Monitoramento hospitalar () Encaminhamento () Orientação a família () Comunicação com Equipe Obs: _____

Fonte: Autora, 2015.

Quadro 16: Sugestão para sistematizar a Avaliação.

AVALIAÇÃO	DESCRIÇÃO
Saúde e Autocuidado	
Saúde Mental e Psicopatologia	
Consumo de Sustâncias Psicoativas	
Configuração e Rede Familiar	
Psicossocial	
Espiritual	
Ambiental	

Fonte: Autora, 2016.

Quadro 17: Sugestão para sistematizar a Descrição do Problema e os Estágios Motivacionais.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	
Queixas biológicas, Psíquicas, sociais, espirituais e ecológicas.	
Condição Psicossocial	
Repercussões do problema na vida de forma ampla e geral	
ESTÁGIO MOTIVACIONAL	
Pré-contemplação	
Contemplação	
Planejamento ou Determinação	
Ação	
Manutenção	
Recaída	

Fonte: Autora, 2016.

Quadro 18: Sugestão para Monitoramento Pós-alta Hospitalar.

MONITORAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR	
Paciente:	Informante:
Data:	Período: <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 dias
O paciente chegou até a rede? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe responder Obs: _____	
O tratamento teve continuidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe responder Obs: _____	
O paciente está recebendo o tratamento adequado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe responder Obs: _____	
Como está sendo a sua resposta ao suporte oferecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe responder Obs: _____	
Quais foram as dificuldades que surgiram? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe responder Obs: _____	
Como estão o usuário e família após alta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe responder Obs: _____	
Condutas:	

Fonte: Autora, 2016.

Com a elaboração do Protocolo foi atingido o primeiro objetivo específico. O próximo resultado a ser apresentado diz respeito à avaliação da aplicabilidade do Protocolo a fim de atingir o segundo.

Nessa etapa, a coleta de dados ocorreu de abril a maio de 2016 e contou com 16 participantes. Foi realizada capacitação conforme Plano de Capacitação (Apêndice 03) visando nivelar conhecimentos sobre a temática e repassar informações sobre a forma de utilizar o protocolo.

Dos 16 participantes, 08 estavam presentes na capacitação coletiva, 04 justificaram ausência por estarem em atendimento e 01 por estar coordenando um grupo de trabalho e outros 03 por não estarem no HU. Aos que não puderam comparecer, foram realizadas capacitações individuais nas suas respectivas unidades de atuação. A pesquisadora se colocou disponível para esclarecimentos durante todo o processo.

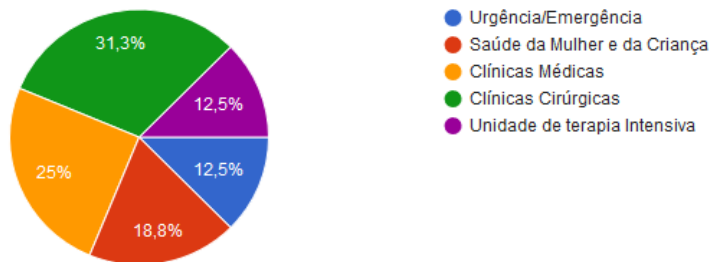
O Protocolo (Produto 01) foi utilizado pelos participantes como fonte teórica e prática para subsidiar os atendimentos a usuários de substâncias psicoativas internados nas unidades hospitalares por um período de vinte dias. Após o período de utilização, a aplicabilidade do protocolo foi avaliada, por pares, pela aplicação do Questionário de Avaliação de Aplicabilidade (Apêndice 04) de forma individual nas unidades de atuação dos participantes, sendo o sigilo respeitado.

Os instrumentos de apoio (Produto 02) foram distribuídos aos participantes, porém sua utilização foi facultativa, servindo apenas como material de sistematização.

Dos 16 participantes que colaboraram com essa etapa do estudo, 02 (12,5%) atuavam na unidade de Urgência/Emergência; 03 (18,8%) na Saúde da Mulher e da Criança; 04 (25,4%) nas Clínicas Médicas; 05 (31,3%) nas Clínicas Cirúrgicas e 02 (12,5%) na Unidade de Terapia Intensiva adulto (Figura 05).

Figura 05: Unidade em que atua.

Unidade em que atua (16 respostas)



Fonte: Autora, 2016.

As diferentes partes que compõe o protocolo foram avaliadas quanto a sua aplicabilidade. Quanto aos aspectos gerais, todos os participantes 16 (100%) avaliaram que o Protocolo apresenta formato adequado, conteúdo coerente e clareza e objetividade (Figura 06):

Figura 06: I - Aspectos Gerais. Questões de 01 a 03.

I - Aspectos Gerais do Protocolo

1) O formato está adequado? (16 respostas)



2) O conteúdo é coerente? (16 respostas)



3) Apresenta clareza e objetividade? (16 respostas)



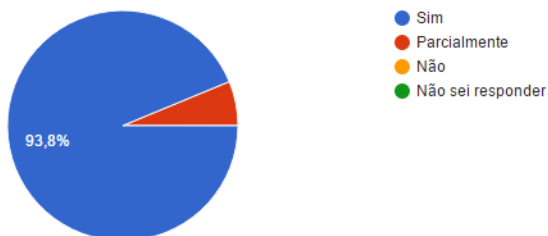
Fonte: Autora, 2016.

Quanto ao Embasamento Teórico, 15 (93,8%) participantes afirmaram que a leitura do Protocolo proporcionou conhecimentos e 01 (6,3%) respondeu que parcialmente. O protocolo foi utilizado como fonte teórica por 13 (81,3%) participantes, parcialmente por 02 (12,5%) e 01 (6,3%) não utilizou. Para 12 (75%) participantes o Protocolo possibilitou reformular algum conceito ou refletir sobre a temática apresentada e para 04 (25%) parcialmente (Figura 07).

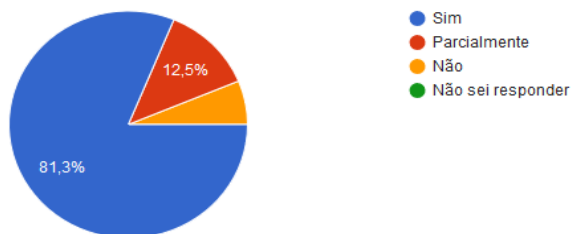
Figura 07: II - Embasamento Teórico. Questões de 04 a 06.

II - Embasamento Teórico

4) A leitura do protocolo proporcionou conhecimentos? (16 respostas)

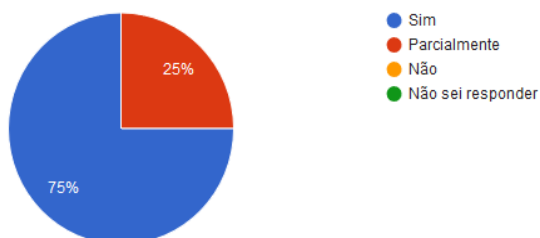


5) O protocolo foi consultado como fonte teórica? (16 respostas)



6) O protocolo possibilitou reformular algum conceito ou refletir sobre a temática apresentada?

(16 respostas)



Fonte: Autora, 2016

Nas Orientações para a Prática, quando questionados se as etapas da Atenção Psicológica proposta eram aplicáveis no seu ambiente de trabalho e na sua prática profissional, todos os participantes 16 (100%) responderam que sim para a Identificação da Demanda. Para o Plano Terapêutico Singular, 11 (68,8%) responderam que sim e 05 (31,3%) que parcialmente. Para a Comunicação com a Equipe, 12 (75%) participantes responderam que sim e 04 (25%) que parcialmente, conforme figura abaixo (Figura 08):

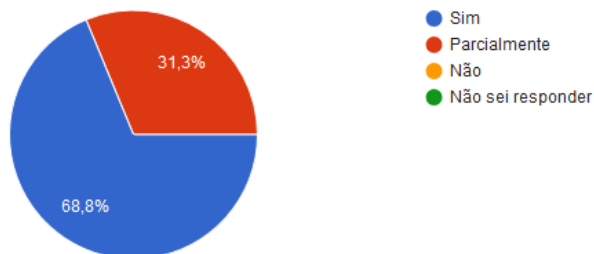
Figura 08: III – Orientações para prática.

III - Orientações para a Prática

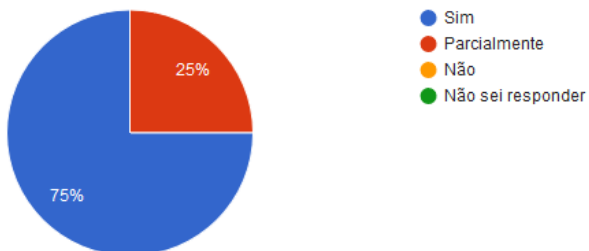
Identificação da demanda (16 respostas)



Plano Terapêutico Singular (16 respostas)



Comunicação com equipe (16 respostas)



Fonte: Autora, 2016.

Em relação aos resultados dos dados qualitativos referentes aos comentários, 05 (31,2%) participantes não responderam e 11 (68,7%) fizeram comentários que foram analisados qualitativamente e serão apresentados abaixo (Quadro 03).

Quadro 03: Núcleo Temático, Categorias, Elementos de Análise e Registro dos Participantes e Frequência.

Núcleo Temático: Comentários dos participantes na avaliação por pares de aplicabilidade do Protocolo de Atenção Psicológica a usuários de substâncias psicoativas para Hospital Geral.		
Categorias	Elementos de Análise e Registro dos Participantes	F
Pontos positivos	1. Apresentação a) <i>“Gostei muito da maneira como foi apresentado”</i> . (P1) b) <i>“Apresenta clareza e objetividade”</i> . (P2)	2
	2. Orientações práticas a) <i>“Subsídios para atuação junto ao serviço e aos pacientes”</i> . (P4) b) <i>“Capacitação para objetivar intervenção... As tabelas de orientação do final orientam a atuação profissional de maneira clara”</i> .(P5) c) <i>“Muitas das práticas já são desenvolvidas pela psicologia na unidade onde atuo.”</i> (P6)	3
	3. Conteúdo a) <i>“O protocolo é abrangente e bastante completo”</i> . (P7) b) <i>“Proporcionou conhecimentos e reflexões sobre a temática”</i> . (P8) c) <i>“Achei o protocolo esclarecedor e extremamente pertinente”</i> . (P9) d) <i>“Material muito bom!”</i> (P6)	4

Dificuldades encontradas	1. Comunicação com equipe a) <i>“Acredito que o plano terapêutico é algo que ainda não fazemos formalmente no cotidiano de trabalho, o que está diretamente relacionado à maneira com a qual nos comunicamos com a equipe”</i> . (P10)	1
	2. Tempo de internação e foco a) <i>“além da demanda própria da internação e adoecimento que terá que ser trabalhado deverá ser abordado também todo o protocolo, em paciente que muitas vezes tem pouco período de internação”</i> . (P11) b) <i>“o tempo de internação influencia”</i> . (P10)	2
	3. Internação por outro diagnóstico a) <i>“Acredito que quando o paciente interna devido a outro diagnóstico não diretamente relacionado ao uso de substâncias a aplicação do protocolo pelo profissional pode ficar mais dificultosa”</i> . (P11)	1
Possibilidades Futuras	1. Replicar a outras profissões e contextos a) <i>“Possibilidade de estender o protocolo para a equipe multidisciplinar”</i> . (P1) b) <i>“Vislumbro que o protocolo possa ser adaptado para a equipe multiprofissional como um todo de maneira a reduzir a fragmentação das áreas”</i> . (P6) c) <i>“Seria interessante poder disponibilizar para outros profissionais, pois percebo a angustia de muitos por não saber como abordar o tema com os pacientes e por vezes pelo desconhecimento”</i> . (P3)	5

	<p>d) “<i>Sugiro acrescentar as outras especialidades e profissões</i>”. (P5)</p> <p>e) “<i>o protocolo poderia ser aplicado em casos de acompanhantes que sejam usuários</i>”. (P9)</p>	
	<p>2. Equipe especializada</p> <p>a) “<i>Reflete-se a possibilidade de ter psicólogos no hospital especializados no atendimento a paciente com uso de substâncias tendo em vista a alta prevalência de casos</i>”. (P11)</p>	1
	<p>3. Acrescentar itens</p> <p>a) “<i>técnicas com o paciente em crise de abstinência (ex: relaxamento, recuperação, etc.)</i>”. (P8)</p>	1

Fonte: autora, 2016.

O Núcleo Temático acima representou o espaço para os participantes expressarem seus comentários referentes ao Questionário de Avaliação de Aplicabilidade e outras considerações que desejarem ou se fizerem necessárias no processo de avaliação.

As Categorias e os Elementos de Análise e Registro dos Participantes sintetizaram os comentários expressos contendo parte literal de seu registro. São eles respectivamente: *Pontos positivos*: 1) Apresentação, 2) Orientações práticas, 3) Conteúdo; *Dificuldades encontradas*: 1) Comunicação com equipe, 2) Tempo de internação e foco, 3) Internação por outro diagnóstico; *Possibilidades Futuras*: 1) Replicar a outras profissões e contextos, 2) Equipe especializada, 3) Acrescentar itens.

Na análise dos principais achados pelos dados deste Núcleo Temático, observou-se que a maior Frequência (F5) encontra-se na Categoria *Possibilidades futuras* no Elemento *Replicar a outras profissões e contextos*. Na sequência, com Frequência (F4) seguem na Categoria *Pontos positivos* o Elemento *Conteúdos* e *Orientações práticas* com Frequência (F3). Depois com Frequência (F2) aparecem

na Categoria *Pontos positivos* o Elemento *Apresentação* e na Categoria *Dificuldades encontradas*, o Elemento *Tempo de internação e foco*. Os outros Elementos de Análise *Interação com equipe* e *Internação por outro diagnóstico* da Categoria *Dificuldades encontradas* e os Elementos *Equipe especializada* e *Acrescentar itens* da Categoria *Possibilidades futuras* obtiveram Frequência (F1). Optou-se pela transcrição literal pelo conteúdo significativo dos registros.

A partir dos resultados encontrados, pode se concluir que a utilização do Protocolo e, posteriormente, sua avaliação por pares apresentou pontos positivos, dificuldades e perspectivas futuras.

Observa-se que na avaliação dos participantes, a etapa Plano Terapêutico Singular da Atenção Psicológica proposta foi a que apresentou quantitativamente a menor aplicabilidade e nos comentários o Elemento *Comunicação com a equipe* aparece na Categoria *Dificuldades encontradas* na utilização do Protocolo como fator de dificuldade para realização do Plano Terapêutico Singular. Este resultado combinado pode estar diretamente relacionado ao Elemento de Análise *Replicar a outras profissões e contextos*, na Categoria *Possibilidades futuras*. O que indica, na percepção dos participantes, que há necessidade de capacitação de todos os profissionais das equipes multiprofissionais nas unidades de internação para facilitar diálogos horizontais e possibilitar atuação qualificada de toda a equipe com vistas à interdisciplinaridade.

5 CONSIDERAÇÕES

Considerando os objetivos propostos que são a construção de um protocolo de atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas para hospital geral, sua elaboração e avaliação da aplicabilidade por pares, conclui-se que estes foram alcançados.

Destacam-se como potencialidades o ambiente propício em que o Protocolo foi construído, por ser um hospital universitário que apresenta características de ensino e pesquisa na produção de conhecimentos, como também, a motivação dos participantes, profissionais e estudantes de psicologia, com potencial crítico e criativo, dispostos a contribuir com a construção da sua área de atuação e ao mesmo tempo refletir sobre teoria e prática na busca de mudanças estruturais significativas.

Além disso, em consonância com as políticas nacionais, o trabalho foi desenvolvido dentro de uma proposta de humanização na qual o foco principal está nas pessoas e não nas drogas por elas utilizadas, buscando estratégias decorrentes dessa perspectiva de atuação. Deste modo, reconhecendo que as necessidades das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas são diferentes, o cuidado também deve ser diferenciado, e em Redes de Atenção com serviços e dispositivos diversificados pautados pelos princípios do SUS - universalidade, equidade e integralidade.

As limitações deste estudo dizem respeito ao fato de que a construção do protocolo foi parcialmente coletiva, ou seja, foram somados as sugestões, as observações e os comentários dos participantes (Equipe de Psicologia), entretanto, não houve a participação efetiva dos usuários hospitalizados e das equipes multiprofissionais, o que seria de grande relevância para sua elaboração e validação.

Na perspectiva de promoção, prevenção e cuidado baseada no acolhimento, vínculo, corresponsabilidade e autonomia, respeitando as escolhas ou falta delas, de cada pessoa (profissionais das equipes e usuários) com suas características e circunstâncias, sem julgamentos e de forma coletiva, poderia se traçar estratégias para lidar com o uso

prejudicial dessas substâncias de modo a reduzir preconceitos e estigmas facilitando a comunicação e planejamento de ações em hospitais gerais.

Além disso, as unidades de internação possuem características e funcionamentos específicos, com usuários com perfis clínicos plurais e demandas múltiplas próprias da hospitalização, fatos que não foram abordadas de forma direta e sim de maneira geral nesse estudo.

Como desafio, destaca-se a construção de uma proposta de atenção psicológica não pautada por abordagem psicológica específica e orientações prática e teórica de atuação profissional para psicólogos e estudantes de psicologia que não fosse invasiva e desrespeitasse a autonomia e a diversidade de atuação dos profissionais e das suas escolhas metodológica e epistemológica, pautadas por diferentes abordagens e linhas teóricas.

Os outros desafios que surgiram no processo estavam relacionados à dinâmica do serviço hospitalar, ritmo acelerado de trabalho, urgência das demandas, tempo reduzido para participar do estudo e dificuldade para reunir todos os profissionais e estudantes das cinco unidades de atuação.

A relevância do estudo está na problematização sobre a temática, na reflexão sobre a transição e transposição dos modelos de saúde vigentes e seu impacto na práxis do psicólogo, na perspectiva de ampliação da atuação profissional, na reorganização dos serviços, na capacitação de equipes técnicas e na possibilidade de que tal fato possa repercutir na qualidade da atenção aos usuários de substâncias psicoativas no Sistema Único de Saúde incentivando novas pesquisas.

Como sugestão para estudos futuros, fica a intenção de se ampliar o processo de forma coletiva com a inclusão participativa dos usuários e dos profissionais das equipes multiprofissionais com vistas à interdisciplinaridade, caracterizar as unidades de internação por suas especificidades, diferenciar o público atendido em cada uma delas por perfis clínicos e demandas de hospitalização e disponibilizar o material a todos os profissionais das equipes multiprofissionais nas unidades de internação hospitalar.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alexsandro Barreto et al . Mobile Emergency Medical Services In The Psychological Crisis And The Psychosocial Paradigm. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 24, n. 4, p. 1035-1043, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707201500003580014>. Acesso em 23 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003580014>.

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 35, n. 3, p. 754-767, Sept. 2015 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300754&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001312013>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ANTUNES, F.; FELIX DE OLIVEIRA, M. L. Características dos pacientes internados numa unidade de terapia intensiva por abuso de drogas. Invest. educ. enferm, Medellín, v. 31, n. 2, July 2013. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072013000200005&lng=en&nrm=iso>Acesso em 23abril 2016.

BALTIERI, D. A. et al . Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opioides no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo , v. 26, n. 4, p. 259-269, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000400011>.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEATO, M. S. F.; VAN STRALEN, C. J.; PASSOS, I. C. F. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados

à Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, p. 529-537, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016. Epub May 13, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200016>.

BERENZON, S. et al . Questões relacionadas ao gênero no diagnóstico e classificação de transtornos por uso de álcool entre pacientes mexicanos que buscam serviços especializados. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 33, supl. 1, p. s109-s116, May 2011 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. 5ª edição. Brasília: SENAD, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: “Cuidar, sim”. Excluir, não. - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / SENAD. 5. Ed. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão. PPA 2016-2019. <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planejamento-e-investimentos/plano-plurianual><http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planejamento-e-investimentos/plano-plurianual>. Acesso em 13 maio 2016.

COSTA, P. H. A. da et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Feb. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200395&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

DALGALARRONDO P. Repensando a internação psiquiátrica: A proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospital geral [dissertação]. Campinas (SP): Unicamp; 1990.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/campanas/campanas06/drogas2.htm><http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/OMS/10.pdf>http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf. Acesso em 02 março 2016.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção em Saúde Mental. Município de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.

GARZON PEREZ, A. Transformaciones y nuevas perspectivas profesionales y académicas de la Psicología de la Salud. *rev.latinoam.psicol.*, Bogotá, v. 45, n. 2, mayo 2013. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012005342013000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 5, n. 1, jun. 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452003000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

LARANJEIRA R, COORDENADOR. Usuários de substâncias psicoativas. Abordagem, diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LISBÔA, G. L. P.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M.C.S. Conceptions and practices of embracement to the family members in psychosocial attention in alcohol and other drugs. *Rev. RENE*; 15(2): 264-272 mar.-abr. 2014. Disponível em <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-72186>. Acesso em 23 abril 2016.

LOPES, M. A.; LEMOS T.; SCHNEIDER, D. R. (ORG). Manual para formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas. Florianópolis: Letra Editorial, 2013.

MADRID. Servicio de Asistencia. Protocolo de intervención psicológica. Madrid. España, 2012.

MANN, C.G., OLIVEIRA, S.B. & OLIVEIRA, C.S.S. Guia para Profissionais de Saúde Mental/Sexualidade & DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva — Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/IFB -2002.

MARQUES, A. C. P. R. (org); RIBEIRO, M. (org). Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde / Practical guide on use, abuse and dependence of substances for health educators and professionals. São Paulo; Secretaria de Participação e Parceria, 2006.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. Saúde soc., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100008>.

MELLO, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 226-233, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

OLIVEIRA, G. F.; LUCHESI, L. B. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 18, n. spe, p. 626-633, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000700020&lng=en&nrm=iso>Acesso em 02 março 2016.

Método

m CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. mhGAPintervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. World Health Organization, 2011. Available from <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/OMS/12.pdf>>. Acesso em 02 março 2016.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas / Principles of elaboration of psychological scales Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo, Impr.) = Rev. psiquiatr. Clín. (São Paulo) 1972; 25(5): 206-13 1998. Ilus.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Feb. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 161-173, 1982.

RAMOS, J.; PERES, R. Protocolo de avaliação psicológica para pacientes oncológicos: Uma proposta. Psicologia argumento PUCPR v. 31 n. 75 Out./Dez. 2013 OAI-ID: oai: pa.pucpr.br:article/12640 Disponível em <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=12640&dd99=view>>. Acesso em 02 março 2016.

REPPOLD, C. T.; GURGEL, L. G.; HUTZ, Claudio Simon. O processo de construção de escalas psicométricas. Aval. psicol., Itatiba , v. 13, n. 2, ago. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 02 março 2016.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 26, supl. 1, p. 59-62, May 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

ROSA, A. A. et al. Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 abril 2016.

SANTOS, M. E. S.B. et al . Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 468-474, Oct. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 abril 2016.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. et al. Wernicke –Korsakoff syndrome, substance use and abuse: neuropsychological and psychomotor effects. FIEP BULLETIN. vol. 84. Article I. p. 369 -372. 2014. Disponível em <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/viewFile/4462/8724>. Acesso em 01 março 2016.

SCHNEIDER, D.R; DE LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. 2011. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>> . Acesso em 02 março 2016.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 687-698, May 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 abril 2016.

SEGATTO, M. L. et al . Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1753-1762, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000800002&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 02 março 2016.

SILVA, L. O.; Mulher, drogas e questões de gênero: uma revisão de literatura. 2015. 53 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas)-Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SILVA, Martinho Braga e; DELDUQUE, Maria Célia. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). *Physis*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 231-250, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100231 &lng=en&nrm=iso>. Acesso 23 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S010373312015000100013>.

SIQUEIRA, Daiana Foggiano de et al . Social reintegration of crack addicts: actionstakenby the family. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 548-553, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200548&lng=en&nrm=iso>. Acesso 23 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001332014>.

SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.3 [cited 2015-05-26], pp. 671-677. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201000030009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 março 2016.

TURRA, V. N. Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO): uma proposta para internação cirúrgica. 2012. xiv, 131 f., il. Tese (Doutorado em Processo de Desenvolvimento Humano e Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2014. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas>>. Acesso em 02 março 2016.

APÊNDICE 01. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Prezado (a) Participante,

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas: uma proposta de protocolo para hospital geral** - Avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC) - que constitui o trabalho de conclusão de curso do mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da pesquisadora Andréa Regina de Rezende, tendo como orientadora a profa. Dra. Rachel Schindwein-Zanini e coorientador o prof. Dr. Roberto Moraes Cruz. A motivação para esse trabalho foi a necessidade de conferir identidade a área da Psicologia Hospitalar, organizar o Serviço de Psicologia e capacitar profissionais para atuarem nessa temática.

O **objetivo** desse projeto é construir uma proposta de protocolo para hospital geral que subsidie a atuação do psicólogo com usuários de substâncias psicoativas e avaliar a sua aplicabilidade por pares.

O **procedimento coleta de dados** será dividido em três etapas: a primeira será a capacitação dos profissionais e estudantes que aceitarem participar da pesquisa por livre adesão; a segunda será a utilização do protocolo por um período de quinze dias e a terceira será o preenchimento de um questionário avaliando a aplicabilidade do protocolo proposto.

Como **benefícios para equipe** são indicados: capacitação profissional, nivelamento de conhecimento, padronização dos procedimentos e organização do serviço prestado. **E aos usuários:** atendimento prestado por profissionais previamente capacitados.

E como possíveis **riscos à equipe**: adaptação inicial ao novo modelo de atuação, dificuldade para a utilização do protocolo no seu ambiente de trabalho. **E aos usuários**: atendimento psicológico pautado por um protocolo em processo de testagem. No entanto, todas as abordagens propostas estão amparadas em bases teóricas que as legitimam enquanto prática de atenção psicológica. Considerando estes possíveis **riscos**, os pesquisadores junto à equipe oferecerão apoio e suporte psicológico.

A pesquisa **beneficiará** os serviços, profissionais, estudantes e usuários de saúde mental em Hospital Geral por meio de esclarecimentos e aperfeiçoamento deste modelo de atenção proposto.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu tratamento ou benefícios.

Sua identidade que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, sem a sua permissão. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de pós-graduação em saúde mental e atenção psicossocial / mestrado profissional outra será fornecida a você.

A participação é **gratuita e voluntária**. Os pesquisadores garantem ressarcimento de despesas tidas pelos participantes e indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE OU DO (A) RESPONSÁVEL PELO (A) PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes desta pesquisa e o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora Andréa Regina de Rezende, a

orientadora Rachel SchlindweinZanini ou o Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Santa Catarina.

Andréa Regina de Rezende e Rachel Schlindwein-Zanini pelo telefone (48) 98360345, e-mail: andreareginaderezende@gmail.com
Endereço: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Campus universitário, s/n, 4º andar, sala da Psicologia, Trindade, Florianópolis, SC, CEP: 88040-900.

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade - Florianópolis/SC, CEP 88040-400, no telefone (48) 3721-6094. - **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura Participante	Data
Nome	Assinatura Pesquisador	Data

APÊNDICE 02. Questionário de Identificação de Demanda

<p>Prezado (a) Participante,</p> <p>Esse questionário faz parte de uma pesquisa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e tem como objetivo identificar atendimentos a usuários de substâncias psicoativas na unidade hospitalar em que você atua. Por favor, responda cuidadosamente às questões abaixo, não deixe itens em branco e não hesite em fazer sugestões e observações que julgar pertinentes. Não é necessário se identificar, marque apenas a unidade em que atua.</p> <p style="text-align: right;">Obrigada pela participação!</p>
<p>Unidade Hospitalar em que atua:</p> <p>() Urgência/Emergência () Saúde da Mulher e da Criança () Clínicas Médicas () Clínicas Cirúrgicas () Unidade de Terapia Intensiva</p>
<p>1. Na unidade em que você atua são atendidos usuários de substâncias psicoativas?</p> <p>() Sim () Não () Não sei responder</p>
<p>2. O psicólogo é chamado pela equipe para prestar esse atendimento?</p> <p>() Sim () Não () Não sei responder</p>
<p>3. Você se sente capacitado a prestar esse atendimento?</p> <p>() Sim () Não () Não sei responder</p>
<p>4. Em sua opinião, seria importante uma capacitação para qualificar o atendimento prestado a esse usuário?</p> <p>() Sim () Não () Não sei responder</p>
<p>5. Em sua opinião, seria útil a construção de um protocolo com orientações práticas e teóricas para subsidiar esse atendimento?</p> <p>() Sim () Não () Não sei responder</p>
<p>Caso respondeu sim a pergunta anterior, fique à vontade para sugestões que possam auxiliar a construção desse protocolo:</p>
<p>Observações:</p>

APÊNDICE 03. Plano de Capacitação

Nome:	Atenção Psicológica a Usuários de Substâncias Psicoativas: uma Proposta de Protocolo para Hospital Geral.
Objetivo:	Instrumentalizar o psicólogo a utilizar o protocolo proposto para subsidiar sua atuação profissional junto aos usuários de substâncias psicoativas internados em hospital geral.
Conteúdo Programático:	1) Parte I - Aspectos gerais; 2) Parte II - Embasamento teórico; 3) Parte III - Orientações para a prática.
Metodologia:	Exposição oral dialogada com exemplos de caso clínico e sugestões de leituras dirigidas.
Público Alvo:	Psicólogos lotados no Serviço de Psicologia do HU e estagiários de psicologia.
Carga Horária:	2h
Período:	De 07 a 10 de abril de 2016.
Horário:	Conforme a disponibilidade dos participantes.
Ministrante:	Andréa Regina de Rezende.
Modalidade	Presencial.
Local de Realização:	Unidades de Internação Hospitalar.

APÊNDICE 04: Questionário de Avaliação de Aplicabilidade

Prezado (a) Participante,
O objetivo deste questionário é avaliar a aplicabilidade do Protocolo que você utilizou para subsidiar sua atuação profissional com usuários de substâncias psicoativas em hospital geral. Sua avaliação é muito importante para aperfeiçoamentos futuros. Por favor, responda cuidadosamente às questões abaixo, não deixe itens em branco e não hesite em fazer os comentários que julgar pertinentes. Não é necessário se identificar. Obrigada pela participação!

Marque o conceito que reflete sua avaliação utilizando a escala abaixo. Caso um item não seja contemplado ou não tenha relevância marque “N/S” - Não sei responder.

I - Aspectos Gerais		Sim	Parcialmente	Não	N/S
1	O formato está adequado				
2	O conteúdo é coerente				
3	Apresenta clareza e objetividade				
II – Embasamento Teórico		Sim	Parcialmente	Não	N/S
4	A leitura do protocolo proporcionou conhecimentos				
5	O protocolo foi consultado como fonte teórica				
6	O protocolo possibilitou reformular algum conceito ou refletir sobre a temática apresentada				
III – Orientações para a Prática		Sim	Parcialmente	Não	N/S
As etapas abaixo podem ser aplicadas no seu ambiente de trabalho e na sua prática profissional					
7	Identificação de demanda				
8	Plano terapêutico singular				
9	Comunicação com equipe				
Comentários:					