

Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman

Implementation of the Nursing Process to a crack user based on Betty Neuman model
Aplicación del Proceso de Enfermería a usuario de crack fundamentado en el modelo de Betty Neuman

Kallen Dettmann Wandekoken¹, Marluce Miguel de Siqueira¹

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória-ES, Brasil.

Submissão: 05-04-2012 **Aprovação:** 05-12-2013

RESUMO

Objetivou-se propor uma estratégia de atenção para usuário de crack, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem. Trata-se de estudo de caso, descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, fundamentado em Neuman e em NANDA-NIC-NOC. O cenário foi o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas de Vitória-ES. Aplicou-se o questionário do padrão de consumo de crack, Escala de Gravidade de Dependência, *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* e *Parental Bonding Instrument*. Constatou-se a complexidade das situações relativas aos estressores intra, inter e extrapessoais. Foram discutidos três diagnósticos: 'conhecimento deficiente sobre o controle do uso de substâncias', 'enfrentamento ineficaz' e 'isolamento social', e sugeridas intervenções por meio de articulação entre a NIC, a NOC e a prevenção secundária de Neuman. Assim, é função primordial do enfermeiro: mobilizar os recursos do sistema – internos e externos – para estabilização e conservação da energia, de forma a fortalecer as linhas de resistência, além de considerar todas as variáveis do sistema e não só o uso do crack.

Descritores: Padrões da Prática de Enfermagem; Crack; Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to propose a care strategy for crack users, through implementation of the nursing process. This is a case study, descriptive and exploratory with qualitative approach based on Neuman and the NANDA-NIC-NOC. Scenario: Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs from Vitória-ES. We applied the standard questionnaire of crack consumption, Addiction Severity Index, Mini International Neuropsychiatric Interview and Parental Bonding Instrument. It was found the complexity that lining the intra, inter and extra personal stressful situations. We discussed three diagnoses: 'poor knowledge about the substance use control', 'ineffective coping' and 'social isolation', and interventions were suggested by articulation between NIC, NOC and secondary prevention of Neuman. It is therefore an important function of the nurse to mobilize system resources - internal and external - for stabilization and conservation of energy, in order to strengthen the lines of resistance, in addition to considering all the variables of the system and not only the use of crack.

Key words: Nurse's Practice Patterns; Crack; Nurse's Role.

RESUMEN

El objetivo fue proponer una estrategia de atención para los usuarios de crack, por medio del aplicación del proceso de enfermería. Este es un estudio de caso, descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo sobre la base de Neuman y NANDA-NIC-NOC. Escenario: Centro de Atención Psicossocial - Alcohol y Drogas Vitória-ES. Se aplicó el cuestionario Padrón del consumo de crack, Escala de severidad de la dependencia, *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* y *Parental Bonding Instrument*. Se encontró la complejidad que revisten situaciones relativas a los estresores intra, inter y extra personal. Hubo la discusión de tres diagnósticos: "conocimiento escaso sobre control del uso de sustancias", "enfrentamiento ineficaz" y "aislamiento social", y hechas sugerencias por medio de la articulación entre NIC, NOC y prevención secundaria de Neuman. Por lo tanto, la principal función de la enfermera es movilizar los recursos del sistema - internos y externos – de manera que se fortalezcan las líneas de resistencia, además de considerar todas las variables del sistema y no sólo el uso del crack.

Palabras clave: Pautas Prácticas de Enfermería; Crack; Rol de la Enfermera.

AUTOR CORRESPONDENTE Kallen Dettmann Wandekoken E-mail: kallendw@gmail.com

INTRODUÇÃO

O crack é considerado a forma com maior potencial de dependência da cocaína, além de ser o método preferível por muitos usuários por proporcionar efeitos eufóricos segundos após a sua inalação. Sendo a droga absorvida diretamente nos pulmões, o seu uso possibilita uma rápida ação da droga no cérebro, obtendo efeitos mais estimulantes prazerosos para o usuário, o que caracteriza a 'fissura' quase incontrolável, descrita por muitos usuários⁽¹⁾.

Desde o surgimento do crack, pesquisas apontam um aumento acelerado do consumo dessa substância. Em 2005, por exemplo, o II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID nas 108 maiores cidades brasileiras aponta dados alarmantes, uma vez que 2,9% dos entrevistados afirmaram ter usado cocaína ao menos uma vez na vida e 0,7% usaram crack. Na região Sudeste, esse índice chegou a 3,9% em relação à cocaína e 0,9% ao crack⁽²⁾.

Diante deste contexto, o que mais preocupa é a repercussão devastadora das consequências do uso. Fato é que o consumo indevido dessa substância está associado a inúmeros problemas de ordem biológica, psicológica e social, além de possibilitar na maioria das vezes a perda de vínculos importantes e consequências tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade onde ele se encontra inserido.

Em uma pesquisa realizada com trinta usuários de crack, são destacados como riscos de complicações físicas decorrentes do uso da droga, o emagrecimento, a insônia e a overdose⁽³⁾. Outro ponto importante diz respeito aos problemas relacionados às comorbidades psiquiátricas como transtornos de personalidade e de humor, associado ao uso do crack⁽⁴⁾.

Assim, diante dos fatos mencionados, é clara a complexidade da temática, o que demanda esforços do indivíduo, família, profissionais, entre outros. E em relação a este último, destaca-se o profissional enfermeiro que atua na assistência direta aos usuários de crack. Para tanto, este artigo propõe uma estratégia de atenção para usuário de crack, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no modelo de Betty Neuman.

Fundamentação teórica

Betty Neuman descreve seu modelo como abrangente e dinâmico, de forma que o modelo enfatiza a reação da pessoa ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação⁽⁵⁾. O modelo de Neuman é aplicado em diversas áreas, como em programas educacionais, para orientar a prática com pessoas que apresentam comprometimento cognitivo e à família de pacientes em terapia intensiva. Entre as diversas vantagens destaca-se: inclui o conceito de clientes como seres holísticos; é abrangente e facilitador vendo a pessoa como compostos de cinco variáveis; considera o ambiente. Questões estas de grande importância na atenção ao usuário de crack⁽⁶⁾.

A estrutura proposta do modelo é, basicamente, que cada indivíduo é visto como um sistema aberto constituído por um centro ('Core'), cercado por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos os fatores básicos de sobrevivência

comuns a todos os seres humanos e que se encontra rodeado por contornos hipotéticos: linha normal de defesa, linha flexível de defesa e linhas de resistência, representada por diagrama que compreende os estressores, a reação aos estressores e a reação à unidade total, interagindo com o ambiente⁽⁷⁾. Dessa forma, o indivíduo – sistema aberto – está continuamente interagindo com forças internas e externas, ou estressores ambientais, e está em constante mudança no ambiente, movendo-se em direção a um estado dinâmico de harmonia e equilíbrio⁽⁷⁾.

Aqui então é importante conceituar alguns termos usados no Modelo de Neuman⁽⁵⁾:

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

Indivíduo/ Homem/ Cliente: se refere ao sistema aberto, que está permanentemente em contato com seu meio e em mudança e movimento, interagindo reciprocamente. É multidimensional e composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;

Ambiente/ Entorno: conjunto de forças internas e externas que circundam o indivíduo a todo instante. É dinâmico e multidimensional, e inclui os fatores energéticos da estrutura básica, sendo que o ambiente interno é aquele que se relaciona ao cliente, e já o ambiente externo, corresponde ao inter e extrapessoal, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente.

É importante explicitar ainda que as *linhas de resistência* são os fatores internos do indivíduo, ou seja, são as defesas contra os estressores e tornam-se ativas quando a *linha normal de defesa* é invadida pelos estressores ambientais. Esta, por sua vez, é basicamente aquilo em que a pessoa se torna durante um período de vida, ou seja, o estado normal de bem-estar, e é composta por habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que são utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores. Já a *linha flexível de defesa* é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é estressante, e age como um 'filtro' quando o ambiente oferece apoio, servindo como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento^(5,7).

Dessa forma, os estressores podem ser: 1) *estressores intrapessoais* - forças que ocorrem dentro do indivíduo (p. ex: raiva); 2) *estressores interpessoais* - refere-se às forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos (p. ex: relação entre familiares); 3) *estressores extrapessoais* - forças que ocorrem fora do sistema e agem sobre o indivíduo (p. ex: desemprego)⁽⁵⁾. Fato é que os estressores podem conter simultaneamente uma variável sociocultural, psicológica, biológica, de desenvolvimento e/ou espiritual. Assim, baseada nessas proposições, uma boa avaliação do impacto e do significado de cada estressor no sistema, e a compreensão das habilidades anteriores de enfrentamento, são fundamentais para uma adequada atuação de Enfermagem⁽⁵⁾.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad) de Vitória-ES, e está vinculada a um estudo que incorpora conceitos do projeto 'Ações Integradas' - proposto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁽⁶⁾, em consonância com o decreto nº. 7179 - institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Os critérios de inclusão foram: 1) ter idade maior do que 18 anos; 2) relatar fazer uso preferencial do crack e 3) se dispor a participar da pesquisa de forma voluntária. O 'caso' selecionado para este estudo foi escolhido de forma aleatória entre os 50 sujeitos do estudo a que esta pesquisa está vinculada.

A pesquisa foi estruturada observando-se os dispositivos legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - CEP-HCPA (nº 100176) e foi ainda contemplado com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências de Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (nº 302/10). Os dados foram coletados somente após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta ocorreu em junho de 2011 e foram utilizados quatro instrumentos: 1) Questionário do padrão de consumo de crack - com 27 perguntas sobre o consumo da droga; 2) Escala de Gravidade de Dependência (ASI-6) - avalia sete áreas de funcionamento, como moradia, emprego e família; 3) *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus) - avalia 17 comorbidades psiquiátricas, e o *Parental Bonding Instrument* (PBI) - investiga o comportamento parental até os 16 anos do indivíduo. Estes instrumentos foram escolhidos, pois possibilitam a identificação de todas as variáveis do Modelo de Neuman e a identificação dos estressores intra, inter e extrapessoais.

As informações coletadas foram organizadas em planilha Excel a fim de auxiliar a caracterização do estudo. A partir daí, para se chegar aos diagnósticos e à sistematização, foi utilizada a taxonomia II da *NANDA International* (NANDA-I), a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Para isso a pesquisa teve como base uma terminologia comum NANDA-NIC-NOC (NNN) desenvolvida para relacionar diagnósticos, intervenções e resultados⁽⁹⁻¹⁰⁾.

RESULTADOS

E.L.R., 26 anos, solteiro, em situação de rua, faz 'bicos' como pintor e/ou auxiliar de jardinagem. Abaixo está descrita parte da história de vida de E.L.R. (resumida em decorrência da análise), relatada pelo mesmo, configurando o *Histórico de Enfermagem*:

Variáveis biológicas: E.L.R. teve o primeiro contato com o álcool nos primeiros meses de vida, sendo que nos últimos

15 anos afirma que usa mais de cinco doses por dia, e nos últimos 12 meses precisa de quantidades cada vez maiores. Além disso, quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava e sentia-se agitado. Estas entre outras questões caracterizam a Dependência de Álcool.

Sobre o uso de crack, ele afirma que iniciou o consumo aos 19 anos motivado pela curiosidade. A partir daí, em cerca de trinta dias, o uso de crack se tornou frequente e intenso. Hoje, consome cerca de cinquenta pedras por semana e faz uso da droga quase todos os dias - de sete a oito pedras. Relata que faz uso do crack sempre sozinho, no fim da noite/madrugada, por meio de latas encontradas na rua, e que já teve sintomas como diminuição de energia, tremores, perda de peso, tosse, problemas de sono/insônia e convulsões. Além de irritação, ataques de pânico (medo de morrer), explosões de raiva, paranóia, ansiedade/nervosismo. Estas entre outras questões caracterizam aspectos da Dependência de Substância Atual.

Variáveis psicológicas: neste item, serão abordados apenas os aspectos principais das possíveis comorbidades psiquiátricas apresentadas por E.L.R. Destaca-se também a necessidade de encaminhar o paciente à especialidade médica psiquiátrica para as devidas conclusões diagnósticas. Assim, foram identificados: Episódio Depressivo Maior; Episódio Maníaco Passado; Transtorno de Pânico; Agorafobia; Fobia social; Ansiedade; Transtorno de Personalidade Antissocial e Obsessões, mas não Transtorno obsessivo-compulsivo.

Entre os aspectos que levaram a essas questões estão: E.L.R. relatou durante a coleta que nas últimas semanas sentiu-se triste, desanimado, deprimido, durante a maior parte do dia, quase todos os dias e em quase todo tempo teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam. Afirma que mesmo sem estar sob o efeito do crack teve um período em que se sentia tão eufórico e cheio de energia e que isso lhe causou problemas. Já teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim. Em vários momentos sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar. Durante o último mês, teve medo e sentiu-se incomodado por achar que era o centro das atenções e de ser humilhado em situações sociais. Sentiu por várias vezes uma necessidade incontrolável de ordenar coisas. Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado, inquieto, ansioso com relação a vários problemas cotidianos. Antes dos 15 anos, frequentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa; frequentemente mentiu, enganou os outros e furtou a mãe.

Variáveis socioculturais: E.L.R. se envolveu com uma mulher com quem teve uma filha (hoje com sete anos, mas ele nunca a registrou). Está procurando por trabalho, pretende tentar fazer curso supletivo e está muito endividado, pois não tem renda suficiente para pagar suas necessidades

básicas como alimentação (ele acrescenta o uso de álcool e crack). Tem dificuldades em como aproveitar o tempo livre e não tem nenhum amigo íntimo\verdadeiro.

Variáveis de desenvolvimento: esta variável foi identificada a partir da aplicação do PIB. Na relação com a mãe até os 16 anos: ele afirma que nunca teve um bom relacionamento, e que ela sempre abusou muito do álcool e o faz até hoje. Na categoria 'cuidado' do PIB a soma da pontuação foi zero, ou seja, para E.L.R. não houve nenhuma expressão de afeto ou cuidado por parte da sua mãe até seus 16 anos; no item 'superproteção', a pontuação foi de 19,3, ou seja, houve situações e episódios esporádicos de superproteção. Os dois itens então caracterizam o 'Controle sem afeto', na relação do paciente e sua mãe. Na relação com o pai: relata que ele era rígido e raramente demonstrava afeto ou cuidado. O pai morreu assassinado quando E.L.R. tinha 14 anos. A pontuação sobre o item 'cuidado' foi de apenas 5, e de 27 em relação ao item 'superproteção', caracterizando o 'Controle sem afeto'.

Variáveis espirituais: durante toda a entrevista, menciona sempre o nome de Deus dizendo que ele de tudo sabe, mas vai esporadicamente a alguma atividade religiosa.

Logo, a partir da história de vida de E.L.R. e das variáveis relacionadas, foi possível a identificação dos estressores intra, inter e extrapessoais. Dessa forma, por meio dos estressores, foram identificados 14 diagnósticos de enfermagem, sendo que 09 destes são relacionados aos estressores intrapessoais. Assim, no intuito de explicitar todas as etapas do processo de Enfermagem ao usuário de crack serão discutidos a seguir três diagnósticos identificados a partir dos estressores intrapessoais, escolhidos por se relacionarem ao maior número de estressores: 'conhecimento deficiente sobre o controle do uso de substâncias', 'enfrentamento ineficaz' e 'isolamento social'.

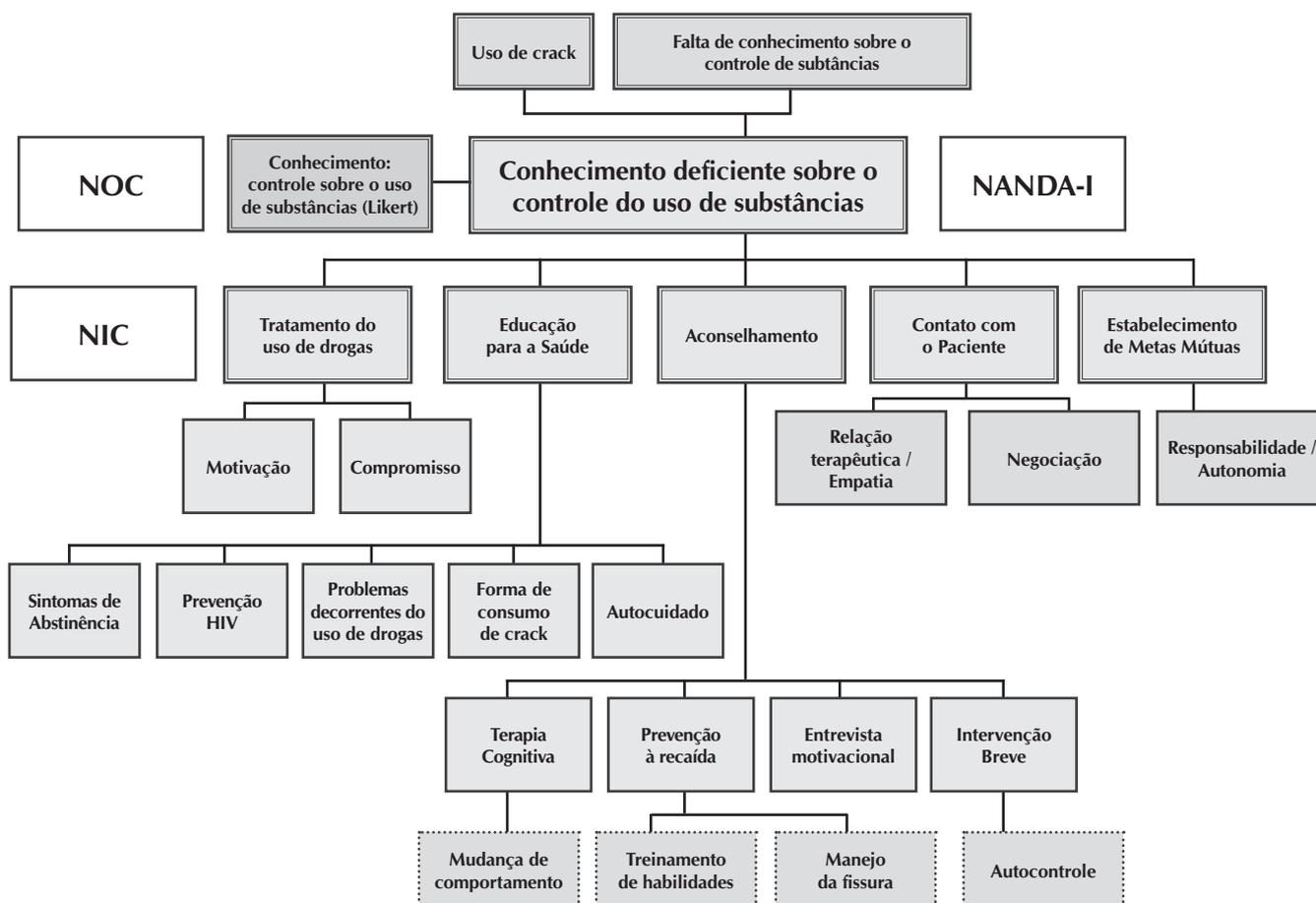
DISCUSSÃO

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

Conhecimento deficiente sobre o controle de substância

A Figura 1 explicita os sistemas de classificação usados a partir da identificação deste primeiro diagnóstico.

Figura 1 – Fluxograma do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I 'Conhecimento deficiente sobre o controle do uso de substâncias' identificado a partir de estressores intrapessoais.



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

Nesse contexto, pode-se observar que a *falta de conhecimento sobre o controle das substâncias* pelo paciente é também um potencial estressor intrapessoal que afeta de forma direta a linha normal de defesa do indivíduo e pode desencadear problemas como a fissura e a conseqüente manutenção do uso de drogas. A princípio, então, espera-se que o usuário alcance como resultado, da intervenção de Enfermagem, o *conhecimento do controle do uso de substância* uma vez que o resultado atual na escala *Likert* é 'de raramente demonstrado (2)' pelo usuário, e o ideal seria 'consistentemente demonstrado (5)'.

As intervenções, então, devem ser iniciadas pela função primordial do enfermeiro que é a *educação para a saúde*. É importante a função educativa do enfermeiro numa postura ética, que visualize o usuário como capaz de ação competente e resolutiva para a solução de seus problemas. Assim, nesta pesquisa, a proposta dessa intervenção deve ser colocada no sentido de sensibilizar E.L.R. para resultados mais positivos em relação a sua saúde. Os tópicos a serem abordados nesse momento podem ser divididos em:

Sintomas de abstinência – o paciente muitas vezes refere sentir os sintomas após algumas horas de interrupção do uso (tremores, palpitações, e outros), mas ao mesmo tempo afirma não ter sintomas de abstinência. Cabe ao enfermeiro a explicação dessas questões;

Problemas decorrentes do uso da droga (principalmente álcool e crack) – explicar os problemas biopsicossócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais, e suas implicações;

Problemas decorrentes da forma de consumo do crack – que é por meio de latas de alumínio encontradas na rua. O uso de latas é mais prejudicial por serem, muitas vezes, coletadas na rua e podendo estar contaminadas, além de que favorece a aspiração de uma grande quantidade de fumaça pelo bucal, promovendo intoxicação pulmonar muito intensa⁽¹¹⁾.

Autocuidado - o usuário demonstra algumas preocupações em relação ao autocuidado, como não dirigir ao usar álcool ou crack e ir à casa da mãe para realizar higiene pessoal, mas é necessária uma abordagem com foco neste item, pelo enfermeiro.

O enfermeiro deve ainda, diante do diagnóstico, intervir na questão direta do *tratamento do uso de drogas*. Aqui cabe um ponto importante: o compromisso do paciente com a abordagem iniciada pelo enfermeiro e com o tratamento pelo qual buscou.

E.L.R. aparenta estar motivado para mudanças em seu estilo de vida e para o tratamento do uso das drogas, porém, este estado de motivação pode oscilar entre querer mudar e querer ignorar o problema⁽¹²⁾. Assim, o enfermeiro pode reforçar o compromisso de diversas maneiras, como identificar e utilizar as estratégias de motivação; capacitar o usuário a estabelecer objetivos para a mudança; incentivar a ressignificação do problema, mostrando que a situação é passível de mudança; negociar uma estratégia para essa mudança, além de estabelecer tarefas que possam ser atingidas e que pressuponham compromisso.

Paralelamente à intervenção anterior, o enfermeiro deve realisar o *aconselhamento*, buscando fornecer conselhos diretos que promovam reflexões e mudanças de comportamento de maneiras enfáticas – podendo até supor sugestões como a abstinência total⁽¹³⁾. Durante esse processo, o enfermeiro pode utilizar outras estratégias que são desenvolvidas concomitantemente no processo de tratamento e reabilitação do usuário⁽¹³⁾, descritas a seguir:

Entrevista motivacional: o enfermeiro⁽¹³⁾ pode exercê-la incentivando a motivação do usuário para mudar seu comportamento, planejando junto com o paciente ações a fim de criar estratégias de enfrentamento para as situações de risco.

Intervenção breve: envolve procedimentos para o aprendizado do autocontrole com objetivo de abstinência ou diminuição da quantidade e/ou frequência de uso da substância⁽¹⁴⁾.

Prevenção à recaída: consiste num repertório de meios e estratégias que o indivíduo pode utilizar para evitar o retorno ao uso de drogas e certos comportamentos que fazem parte do quadro da dependência⁽¹⁴⁾.

Na prevenção à recaída ainda é importante que o enfermeiro aborde o manejo do *craving* (ou fissura). Este pode ocorrer por meio de 'gatilhos' – situações, imagens, sons, odores –, que são sugestões cognitivas internas ou ambientais pareadas ao uso da droga⁽¹⁴⁾.

Todas essas estratégias, utilizadas no *aconselhamento* de Enfermagem, requerem um profissional capacitado, uma vez que o objetivo não é só o ensinamento, mas uma mudança comportamental por parte de E.L.R. Assim, em paralelo, segue-se à terceira intervenção: o *contrato com o paciente*. Para tanto, é importante a 'negociação'⁽¹⁵⁾. Esta depende, principalmente, da humildade do profissional para reconhecer que não tem todas as respostas e da sua compreensão de que está interagindo com uma pessoa que tem uma história de vida. É nessa constatação de espaços de 'impotência' como profissional que o enfermeiro deve perceber que as 'negociações' são mais possivelmente aceitas - principalmente no contexto da dependência química - do que a simples imposição de tarefas e estilos de vida.

E, ainda, é necessário o desenvolvimento de acordo mútuo por meio do qual sejam explicitados os objetivos do usuário e os do tratamento, podendo ser utilizados vários meios

para favorecer a adesão: manual de atividades diárias a ser preenchido pelo paciente, cartão de controle pessoal do uso da substância, contatos telefônicos, visitas domiciliares, encaminhamento a outros profissionais e parcerias com grupos de autoajuda⁽¹⁵⁾.

Para tanto, simultaneamente, há de se alcançar o *estabelecimento de metas mútuas*, de forma que tanto o usuário quanto o profissional de saúde devem manter em mente cada objetivo parcial para evitar confusões e o desvio de sua finalidade (o tratamento). Isto é conseguido de várias formas, como utilizar a formulação inicial e os objetivos já estabelecidos, enfatizar o que já foi dito, definir a próxima tarefa em curto prazo e visualizar um pouco em longo prazo⁽¹⁶⁾.

Assim, considera-se que as intervenções propostas são abordagens de *Prevenção Secundária*, segundo o Modelo de Betty Neuman. Isto se deve ao fato de que o tratamento de sintomas (uso continuado de drogas) ocorreu após a reação aos fatores de estresse (uso de crack e falta de conhecimento sobre o controle das substâncias). A abordagem visa, então, a redução dos efeitos nocivos dos estressores e busca fortalecer as linhas de resistências.

Enfrentamento Ineficaz

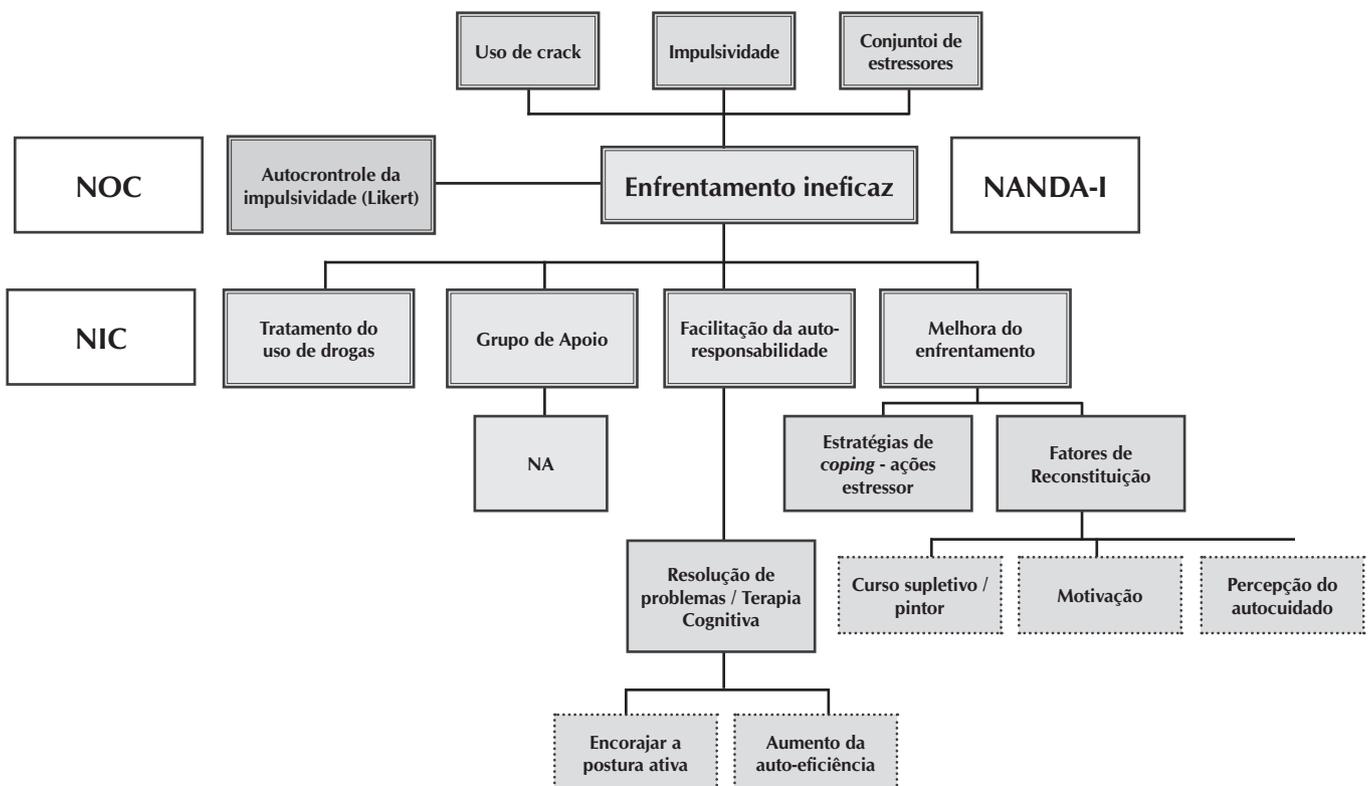
A Figura 2 explicita os sistemas de classificação usados a partir da identificação deste diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem *enfrentamento ineficaz* trata da “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis”⁽¹⁰⁾. Estas questões são todas vivenciadas por E.L.R. diante do conjunto de estressores que afetam seu sistema de equilíbrio. Além disso, o *uso do crack* como estressor e possível desencadeante dos demais, atua ainda no aumento da *impulsividade* de E.L.R. devido à ação da droga – estimulante do SNC – e da intensa fissura. Fato é que a *impulsividade*, enquanto estressor intrapessoal favorece um *enfrentamento ineficaz* por parte do usuário.

Outra questão são os sintomas relatados por E.L.R. que indicam o diagnóstico de comorbidade de Episódio Maníaco Passado. O paciente afirma que mesmo sem estar sob o efeito do crack se “sentia tão eufórico e cheio de energia que isso lhe causou problemas”; “tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes”; “desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas”, entre outros. Situações essas que favorecem a impulsividade.

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

Figura 2 – Fluxograma do diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I ‘Enfrentamento ineficaz’ identificado a partir de estressores intrapessoais.



deve-se pensar no *tratamento do uso de drogas* (já foi discutido no diagnóstico anterior), pois a abstinência é fator importante para o aumento das linhas de resistência de E.L.R. Além disso, muitos pacientes se beneficiam de estratégias de suporte comunitário, como os grupos de apoio.

Os grupos de apoio, conhecidos como grupos operativos, são importantes por serem considerados como suporte para que os usuários mantenham-se em abstinência, pois se apresenta enquanto espaço para diálogo e aprendizado, de forma que o saber é valorizado em uma construção coletiva⁽¹⁷⁾. Além disso, ressaltamos que no grupo os participantes podem compartilhar experiência, de modo que a pessoa que está em abstinência há mais tempo pode servir de modelo para os demais e é um momento de troca em que podem se sentir livres para falar de seus problemas e dificuldades, sem discriminação. Para tanto, é necessário que o enfermeiro encaminhe o paciente ao *grupo de apoio*.

Outra intervenção é a *facilitação da autorresponsabilidade* que pode ser trabalhada por meio da ‘resolução de problemas’ da terapia cognitiva, pois, em cada encontro, o profissional encoraja o paciente a mencionar problemas que surgiram durante a semana, ou que poderão surgir. E, a princípio, o profissional assume papel ativo em propor soluções, mas depois, deve encorajar o paciente a adquirir postura ativa na resolução dos problemas⁽¹⁸⁾. Essa é uma estratégia que pode beneficiar E.L.R. na minimização do estressor em questão, uma vez que por possuir deficiências nessas habilidades, ao

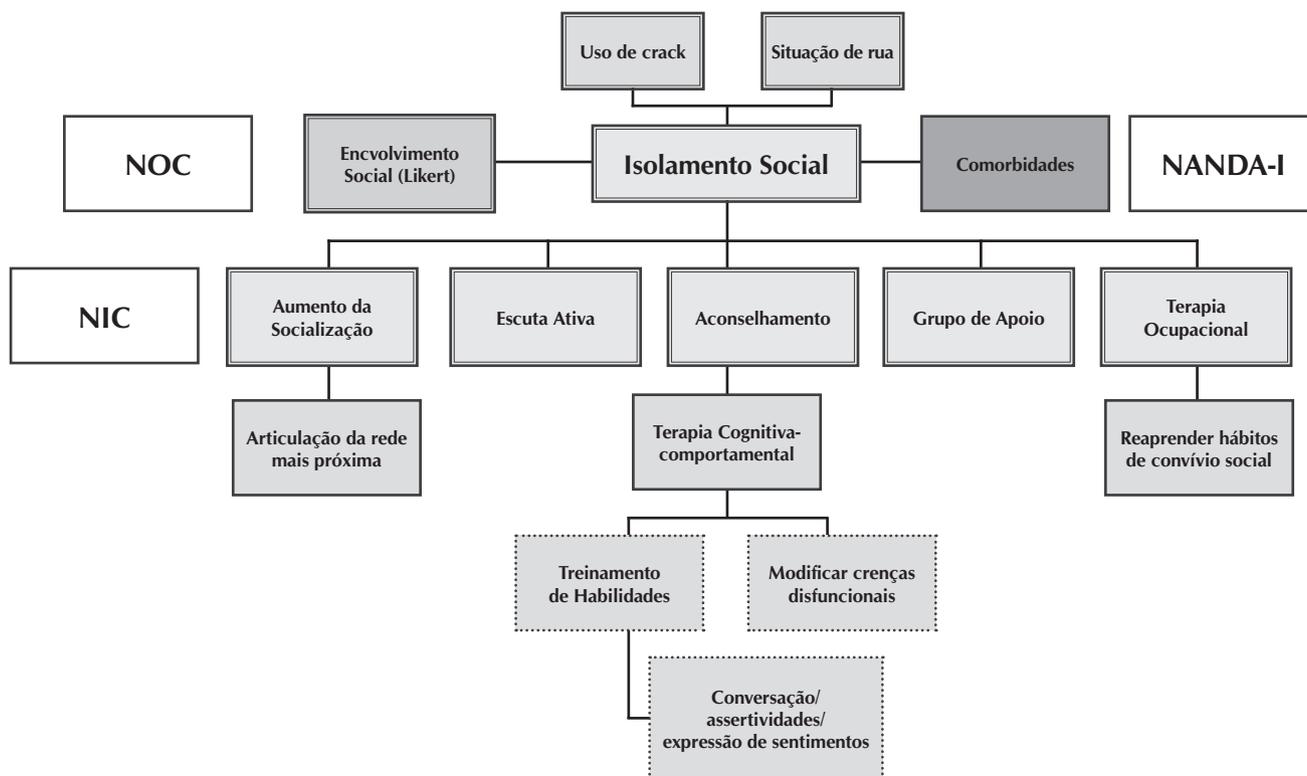
propor soluções para os problemas que ele mesmo especificou, é possível que sua autoeficácia seja aumentada, tornando mais viável a recuperação do uso de drogas e a diminuição da impulsividade.

Uma terceira intervenção, no caso de E.L.R. foi a *melhora do enfrentamento*, ou seja, “auxiliar o paciente para se adaptar a estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interferiram na satisfação das necessidades vitais e no desempenho de papéis”⁽¹⁰⁾. Nesta intervenção, o enfermeiro deve identificar os *fatores de reconstituição* que favorecem o estado de adaptação aos elementos estressores em um entorno interno ou externo⁽⁷⁾. São fatores de reconstituição para E.L.R.: a motivação para o tratamento; o fato de ter buscado informações sobre um curso supletivo que deseja realizar; de ter um certificado como pintor – que ele deseja dar continuidade; e ainda algumas percepções sobre o autocuidado como não dirigir após usar álcool ou crack. Logo, o enfermeiro deve identificar esses fatores e usá-los como dispositivos para *melhora do enfrentamento* aos estressores. Assim, as intervenções apresentadas caracterizam uma abordagem de *Prevenção Secundária*, conforme o Modelo de Betty Neuman. E são propostas no sentido de fortalecer as linhas de resistência de E.L.R. e colaborar para o tratamento de uso de drogas.

Isolamento social

A Figura 3 explicita os sistemas de classificação usados a partir da identificação deste diagnóstico.

Figura 3 – Fluxograma do diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I ‘Enfrentamento ineficaz’ identificado a partir de estressores intrapessoais.



Este diagnóstico de enfermagem foi proposto devido à identificação de possíveis comorbidades psiquiátricas, bem como o fato de que E.L.R. procura se isolar ao usar o crack e, dessa forma, se afastou do convívio com outras pessoas. Situações que foram potenciais para contribuir para o estressor *isolamento social*, que, neste caso, pode estar atuando tanto como causa e/ou consequência dos episódios mencionados. É difícil nas primeiras consultas delinear essas questões, até porque o uso do crack e do álcool podem dificultar a diferenciação de tais diagnósticos de comorbidades. Assim, é importante que o enfermeiro acompanhe as condutas da especialidade médica de psiquiatria – se ainda não o foi realizado.

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

O contexto de situação de rua é em muitos casos fator predisponente para o uso de crack, mas no caso de E.L.R. o crack surgiu antes em sua vida. Ele afirma que tem um lar, mas fez essa opção por não conviver bem com seus parentes, principalmente sua mãe, situação decorrente do uso do álcool e da droga que gera discussões familiares constantes.

Assim, sabe-se que algumas pessoas optam por morar na rua em um contexto em que a liberdade se sobrepõe às regras da união familiar. Fato é que o rompimento familiar é muito presente, bem como situações de violência doméstica, sexual e moral⁽¹⁸⁾. Logo, o enfermeiro, na assistência ao dependente químico, não deve se preocupar apenas com o uso de drogas, mas deve percebê-lo como uma pessoa que tem uma história, uma trajetória, sonhos, desejos, crenças e descrenças, valores, saberes e expectativas.

Nesse sentido, o resultado de enfermagem esperado para o diagnóstico de isolamento social é o *envolvimento social*, que, na escala de *Likert*, ‘de raramente demonstrado (2)’ deve passar a ser ‘consistentemente demonstrado (5)’. Para tanto, a intervenção proposta é a busca pelo *aumento da socialização*, ou seja, “facilitação da capacidade de uma pessoa para interagir com outros indivíduos”⁽¹⁰⁾.

A princípio se deve destacar que pessoas em situação de rua, com características consideradas como o contrário dos tipos de indivíduos aceitos socialmente em relação a determinados valores, como casa, trabalho e família (modelo tradicional de estrutura familiar), são colocadas, muitas vezes, em uma condição de extrema exclusão⁽¹⁹⁾.

Essas questões então, também contribuem para o *isolamento social* de E.L.R. e devem ser consideradas pelo enfermeiro ao se pensar em *aumento da socialização*, pois se trata de uma intervenção complexa que deve envolver vários setores da sociedade. Aqui, se deve ponderar que há várias instituições de socialização como a escola, a religião, a família, a mídia que desempenham papel de ‘guardiãs’ e de difusoras de valores, de forma que é interessante articular a rede social mais próxima do usuário.

É interessante que o profissional crie um ambiente em que o paciente se sinta livre para falar e tenha seu sentimento

compreendido. Portanto, é necessário ganhar a confiança do mesmo e procurar ‘quebrar’ as barreiras que o impedem de se comunicar⁽¹⁹⁾. E isso pode ser conseguido por meio das intervenções de Enfermagem: *escuta ativa* e *aconselhamento*.

Ao escutar ativamente os sentimentos do paciente, o profissional sinaliza que tem interesse nas questões de E.L.R. e no que ele diz, encorajando-o a falar mais sobre si mesmo. É por meio da comunicação estabelecida com o paciente que se pode entender suas angústias, sua ansiedade, seu modo de pensar, sentir e agir. Já o *aconselhamento* pode ocorrer a partir das práticas da terapia cognitivo comportamental que podem ser úteis nesse processo, pois por meio dessa técnica é possível monitorar o aprendizado de novos padrões de interação social, principalmente pelo treinamento de habilidades sociais⁽²⁰⁾.

O treinamento de habilidades sociais pressupõe que os sintomas decorrem da falta de habilidades sociais, e possibilita ao indivíduo um melhor entrosamento em situações sociais, contribuindo também para diminuição da ansiedade. Logo, o treino de habilidades precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas⁽²⁰⁾.

Outra estratégia interessante, no caso de E.L.R. é o *grupo de apoio*, pois além de vários benefícios – como o apoio mútuo entre os pacientes –, a participação no grupo promove o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais⁽¹⁶⁾.

Além disso, no caso de E.L.R., devido às questões apresentadas que influenciam no *isolamento social*, é prudente que o enfermeiro o encaminhe para auxílio de serviços de *terapia ocupacional* e acompanhar o andamento dessas questões em consultas subsequentes. Neste caso é necessário que enfermeiro busque auxílio de outros profissionais, de forma a trabalhar em equipe, uma vez que para implantação da SAE isso é fundamental.

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

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou um olhar amplo, ao contemplar os aspectos primordiais na temática e todas as variáveis do modelo de Neuman. Assim, a *falta de conhecimento sobre o controle de uso das substâncias* – crack e álcool – foi um dos estressores intrapessoais mais significativos nesse processo ao impedir que E.L.R. tenha iniciativas mais eficazes para lidar com um problema ainda maior – o próprio uso de crack. E diante deste, várias intervenções de enfermagem podem ser aplicadas, inclusive a educação em saúde que é função primordial do enfermeiro e estratégias como prevenção de recaída, entrevista motivacional, entre outras. Além disso, frente a este diagnóstico, identificamos o conhecimento: controle sobre o uso de substâncias, como resultado esperado das intervenções de enfermagem.

Há ainda questões relacionadas às possíveis comorbidades psiquiátricas que devem ser focadas pelo enfermeiro no decorrer do atendimento, até porque influenciaram diretamente a vivência, pelo paciente, da maioria dos estressores identificados.

Vale ressaltar que o uso de crack, não só no caso de E.L.R., surge diante de vários estressores anteriormente vivenciados, ou seja, contribui para ativar *linhas de resistência* e ainda desencadeia variados complicadores que 'passam a existir'

decorrentes do uso da droga, de forma que o consumo o torna mais susceptível e vulnerável às situações reconhecidamente estressoras como a situação de rua.

Foi possível, então, refletir sobre a importância de uma escuta ativa pelo enfermeiro, da relação terapêutica, da empatia e do processo de vínculo. Essas questões são preciosas ferramentas para a aplicação do Processo de Enfermagem, segundo o Modelo de Neuman e a NANDA-NIC-NOC, pois, devido à complexidade do uso de crack, essas condutas se tornam fundamentais.

REFERÊNCIAS

1. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):1-3.
2. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2007.
3. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo de droga. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):210-18.
4. Kessler F, Faller S, Woody G, Pechansky F, Von Diemen L, Benzano D, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. *Public Health*. 2008;122(12):1349-55.
5. Cross J. Betty Neuman. In: George JB. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2000.
6. Parker ME, Smith MC. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 3th ed. Philadelphia: Davis Company; 2010.
7. Neuman B, Fawcett J. *The Neuman Systems Model*. 5 th ed. Prentice Hall; 2010.
8. Duarte PCAV, Pechansky F. Projeto Ações Integradas, componente 3: avaliação, estudo de polimorfismos genéticos, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis capitais brasileiras. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
9. NANDA *International*. *Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
10. Johnson RA. *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. 2ª ed. Artmed; 2009.
11. Domanico A. "Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!": estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
12. Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
13. Pillon SC, Luis AV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de Enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2004;12(4):676-82.
14. Marlatt A, Gordon J. *Prevenção da Recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
15. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 4ª ed. Tradução Amarilis Eugênia Fernandez Miazzi. Porto Alegre: Artmed; 2005.
16. Alves HNP, Ribeiro M, Castro DC. *Cocaína e Crack*. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.170-9.
17. Cassol PB, Terra MG, Mostardeiro SCTS, Gonçalves MO, Pinheiro UMS. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúch Enferm*. 2012;33(1): 132-8.
18. Canônico RP, Tanaka ACDA, Mazza MPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(n.ºesp.): 799-803.
19. Sousa AGL. "Sou feio, pobre, sujo e alcoólico": emoções e sociabilidade dos moradores das ruas de João Pessoa – PB. *RBSE*. 2009;8(23):373-416.
20. Rangé PB, Marlatt AG. *Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(Suppl 2):88-95.