

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DÉBORA CARDOSO DANTAS

**COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE
CRACK**

**PORTO ALEGRE
2013**

DÉBORA CARDOSO DANTAS

**COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE
CRACK**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção do grau de
Enfermeiro no curso de enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profª Drª Agnes Olschowsky

PORTO ALEGRE

2013

RESUMO

O uso de crack tem se tornado um grave problema de saúde pública e alvo de preocupação da sociedade, devido ao aumento considerável do consumo e suas implicações na vida das pessoas, tanto fisiologicamente, quanto psicológica e socialmente. Trata-se de um estudo qualitativo com objetivo de identificar as competências dos enfermeiros no cuidado ao usuário de crack. As informações foram obtidas através de entrevistas com 12 enfermeiros da Unidade de Adição da Unidade Álvaro Alvin do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de março a abril de 2012. Na análise emergiram três categorias: gestão do cuidado, cuidado clínico e cuidado terapêutico. Foi identificado que a competência da gestão do cuidado engloba as atividades administrativas, gestão de equipe de enfermagem, cuidado ampliado e atividades de ensino. A competência para o cuidado clínico, ocorre por meio do conhecimento da sistematização da assistência de enfermagem, do cuidado de enfermagem sobre transtorno por uso de substância pela habilidade para o cuidado direto. Na competência do cuidado terapêutico os enfermeiros trazem a habilidade para o cuidado integral, manutenção do programa de tratamento e relacionamento interpessoal. A partir dos resultados é possível perceber que as competências dos enfermeiros no cuidado ao usuário de crack são dimensões da prática assistencial do enfermeiro. Identificar as competências oportunizou refletir sobre as questões da atenção ao usuário de crack propiciando mudanças, visualizando os desafios necessários para consolidação do cuidado integral.

Descritores: Competência profissional. Saúde mental. Cocaína Crack.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Cronograma de atividades grupo de desintoxicação	23
Quadro 2 – Cronograma de atividades grupo de reabilitação.....	24
Quadro 3 – Categorização das Informações.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS Ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNM	Confederação Nacional de Municípios
COMENS	Conselhos Municipais
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONENS	Conselhos Estaduais
CONFEN	Conselho Federal
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MC	Manejo de Contingências
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
SEA	Serviço de Enfermagem em Adição
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	OBJETIVO	09
3	REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1	O CRACK E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL	10
3.2	AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO USUÁRIO DE CRACK	16
4	METODOLOGIA	20
4.1	TIPO DE ESTUDO	20
4.2	CAMPO	20
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
4.4	COLETA DAS INFORMAÇÕES	25
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	26
5	COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DO USUÁRIO DE CRACK	27
5.1	GESTÃO DO CUIDADO.....	27
5.1.1	Atividades Administrativas	27
5.1.2	Gestão de Equipe de Enfermagem	28
5.2	ATIVIDADES DE ENSINO	31
5.3	CUIDADO CLÍNICO	32
5.3.1	Sistematização da Assistência de Enfermagem	33
5.3.2	Conhecimento teórico-prático sobre Transtorno por Uso de Substância	34
5.3.3	Cuidado Integral	38
5.3.4	Relacionamento Interpessoal	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	54
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
	ANEXO A - Dados do Projeto de pesquisa - Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem	56
	ANEXO B - Carta aprovação - Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA	57

1 INTRODUÇÃO

O relatório mundial sobre drogas do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) de 2010, estima que entre 172 e 250 milhões de pessoas com idade de 15 a 64 anos, usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2007, sendo estimado que 18 a 38 milhões fizessem uso nocivo ou eram dependentes (UNODC, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, o consumo de drogas implicou em 12,6% das mortes no mundo e em países de renda baixa e média, representou 11,5% da mortalidade (WHO, 2009).

No Brasil, o primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicoativas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2001, realizado em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, constatou que o uso alguma vez na vida de cocaína de 2,3%, e de crack 0,7% na população masculina, sendo mais prevalente na região sul (3,6%) e sudeste (2,6%) (CARLINI et al., 2002).

Já no segundo levantamento da SENAD, em 2005, nas 108 maiores cidades brasileiras, foi constatado o aumento do uso de drogas pela população do país. Neste estudo, a prevalência do uso de cocaína foi de 2,9%, e a do crack 1,5% em homens (CARLINI et al., 2006).

Esses dados mostram que o uso de drogas tem se tornado um grave problema de saúde pública e alvo de preocupação da sociedade, devido ao aumento considerável do consumo e suas implicações na vida das pessoas, tanto fisiologicamente, quanto psicológica e socialmente.

Ribeiro e Laranjeira (2012) apontam que o abuso de drogas é percebido como um problema físico, moral, social e psicológico ao usuário, família e comunidade, desafiando na busca do entendimento desse problema, bem como ações de prevenção e terapêutica para o entendimento dessa situação.

Frente a isso, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que 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). São objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e

garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011). E, é nesse contexto de qualificar a rede de atenção que se inserem as responsabilidades e os desafios dos profissionais de saúde para a problemática da atenção ao usuário de crack.

As drogas chamaram minha atenção a partir da experiência na disciplina de Saúde Mental II, em que realizei atividades teórico-práticas na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde havia dois leitos para pacientes com o diagnóstico principal de abuso ou dependência de drogas. Ali, me aproximei dos pacientes dependentes químicos que estavam internados e vi que requerem cuidados complexos pela equipe de enfermagem, como identificar os problemas associados ao uso das substâncias, oferecer escuta para sentimentos do paciente, esclarecer sobre os efeitos prejudiciais das drogas e efeitos negativos da dependência química sobre a saúde e família, além de oferecer cuidados físicos de apoio: controle de sinais vitais, cuidados com a nutrição, hidratação e precauções contra convulsões, entre outros.

A partir dessa experiência, me interessei por esse tema por se tratar de uma abordagem atual, amplamente divulgada pela mídia associado ao elevado número de usuários de drogas e das consequências relacionadas ao uso abusivo.

Busquei então participar do 'Curso de férias em práticas de enfermagem' na internação de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA. Nesse período, pude observar o papel fundamental do enfermeiro na internação, principalmente nos momentos de abstinência da substância e de desejo de desistência do tratamento, auxiliando na utilização de métodos alternativos de enfrentamento de stress, ajudando a identificar com os pacientes fatores que contribuem para a dependência química, oferecendo reforço positivo às iniciativas, norteando sobre serviços de apoio da comunidade no planejamento pós-alta, além de orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados diretos ao cliente. Destaco ainda o cuidado com a família, na qual o enfermeiro incentivava o encaminhamento para grupos de apoio existentes, o que ajuda e fortalece as relações interpessoais, fazendo com que familiares e usuários reflitam sobre a importância das relações e do vínculo afetivo.

Com isso, meus questionamentos aumentaram sobre o que se poderia fazer para contribuir de forma mais efetiva no que refere à atuação do enfermeiro junto ao usuário de crack, pois entendo como importante identificar os conhecimentos

teóricos que orientam a ação do enfermeiro, aquilo que fazem e como fazem suas atividades.

Dessa forma, frente a essas experiências e ao contexto apresentado, se torna pertinente a seguinte questão norteadora para pesquisa: quais são as competências do enfermeiro para o cuidado ao usuário de crack?

Segundo o dicionário eletrônico Aurélio (2004), competência é a qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão. Cunha e Neto (2006) apontam que a definição das competências necessárias à enfermagem e o estabelecimento de mecanismos para o desenvolvimento das mesmas tem se constituído em um desafio para a enfermagem. A competência, ou habilidade de prestar serviços profissionais específicos, quando utilizada na prática, na educação e na regulação, pode ajudar a esclarecer o papel da enfermagem e fornecer evidência do cuidado prestado (OMS, 2003).

Penso que na atualidade, frente à problemática do aumento do consumo de crack identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado a partir das vivências destes profissionais poderá contribuir com conhecimento de ações facilitadoras para a atenção ao usuário de crack.

2 OBJETIVO

Identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack na perspectiva destes profissionais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O CRACK E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL

A utilização das drogas ao longo da história da humanidade é um evento comum, se inserindo em vários contextos, desde o místico, associado aos rituais e à busca de transcendência, até o econômico, do qual a Guerra do Ópio e a economia paralela de países como a Colômbia são alguns exemplos (TOTUGUI, 1988).

Do mesmo modo, sabemos que a curiosidade, a busca da imortalidade, do prazer, da sabedoria, são os motivos citados e associados ao desejo pelo uso das substâncias e, que a influencia da cultura determina quais drogas devem ser consideradas legais e ilegais, relacionando isso a aspectos antropológicos, econômicos, morais e éticos, bem como aos efeitos ou características farmacológicas das substâncias em questão (DÉA et al., 2004; BUCHER, 1992).

Percebe-se que na atualidade, o uso de drogas é um fenômeno mundial, caracterizado também como um problema de saúde, uma vez que quase dois bilhões de pessoas fazem uso de álcool e, entre 176 a 250 milhões relataram já ter usado alguma droga ilícita (UNODC, 2008).

Nesse contexto, o crack é uma substância que surgiu a partir da metade da década de 1980, resultado da transformação do cloridrato de cocaína adicionado ao bicarbonato de sódio diluído em água. A mistura é aquecida e após secar, consolida-se em formato de pedras que são consumidas através da inalação, ou seja, ideais para serem fumadas. A qualidade e ingredientes para produção da droga são imprecisos, pois além do bicarbonato de sódio e da cocaína, adicionados em doses variáveis, são acrescentados e reutilizados os ingredientes da refinação da cocaína, e outros produtos tóxicos como querosene, gasolina e água de bateria. Na manufatura do crack, não existe processo de purificação final da droga (FERREIRA; MARTINI, 2001; BRASIL, 2009).

Após a inalação do crack produzido pela queima da pedra, este vapor chega aos pulmões onde sua absorção ocorre basicamente de maneira instantânea, passa para a corrente sanguínea e chega rapidamente ao Sistema Nervoso Central (SNC).

Ao atingir o SNC, acentua os efeitos de neurotransmissores excitatórios como dopamina e noradrenalina, produzindo seus efeitos entre 10 a 15 segundos, diminuindo o tempo de ação da droga comparado com as vias de administração da cocaína injetável intravenosa e aspirada (CARLINI et al., 2001).

Logo após o uso, os efeitos são imediatos. O usuário presencia uma grande sensação de prazer, poder e intensa euforia. Estes efeitos possuem curta duração, aproximadamente cinco minutos, porém de grande intensidade, o que faz com que o indivíduo sinta um desejo incontrolável de reutilizar a droga para experimentar novamente esta sensação, gerando dependência mais facilmente. Esta compulsão é chamada popularmente de “fissura” (CARLINI et al., 2001).

Após o uso descontrolado atribuído ao estado de “fissura”, o usuário tende a apresentar comportamento agressivo, irritabilidade, tremores, comportamentos bizarros devido à paranoia, podendo estar associado a alucinações e delírios, desconfiança com outras pessoas ou outros usuários, e medo de perder a droga (CARLINI et al., 2001).

Os efeitos tardios podem incluir: visão borrada, midríase, dor no peito, crises convulsivas, degeneração do tecido muscular esquelético, taquicardia, fibrilação ventricular, parada cardíaca, coma e morte. Durante a abstinência pode ocorrer cólicas, náuseas, vômitos e dor no corpo (CARLINI et al., 2001).

Do mesmo modo, o uso prolongado dessa substância pode prejudicar as habilidades cognitivas envolvidas especialmente com a função executiva e com a atenção. Este comprometimento altera a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental e a velocidade de processamento de informações (BRASIL, 2011).

Existem diversos fatores que contribuem para que o indivíduo faça o uso abusivo de crack, tornando-se assim um dependente. De acordo com Kessler, Diemen e Pechansky (2004, p. 299):

A dependência química é um transtorno crônico caracterizado por três elementos principais: compulsão para busca e obtenção da droga, perda do controle em limitar esse consumo e emergência de estados emocionais negativos (disforia, ansiedade, irritabilidade) quando o acesso a essa droga é impossibilitado (abstinência).

O crack emergiu no Brasil no início dos anos 1990 e, segundo Melloto (2009), apresentava-se como fenômeno de rápida expansão na periferia brasileira, no entanto, desde lá, a droga torna-se mais popular nos centros urbanos, invadindo diversos segmentos sociais, atingindo inclusive as áreas rurais.

Ramos (2008) ressalta que apesar de seus usuários serem, na maioria, jovens, já se constata casos entre crianças e adultos de todos os segmentos econômicos. Além de atingir todos os níveis sociais o crack também despertou o interesse de usuários de outras drogas, principalmente pela facilidade e baixo custo de seu uso (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

A participação do usuário no tráfico, nas disputas entre pontos de venda/uso e enfrentamentos com a polícia é muito comum, sendo esta a maior causa de mortalidade entre usuários de crack (KESSLER; PECHANESKY, 2008). Além disso, o envolvimento com a criminalidade é corriqueiramente observado, como a realização de pequenos delitos para a aquisição de dinheiro para comprar a droga (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Frente à problemática do uso de drogas, especialmente o crack e sua repercussão na sociedade, torna-se necessário pensarmos em políticas públicas.

Até meados de 1900, o Brasil não tinha sistematizado qualquer controle oficial sobre drogas que eram toleradas e usadas por jovens da classe média e alta da república velha (MENDES, 2009).

Na década de 1920, o governo brasileiro se comprometeu a estabelecer o controle e o uso de drogas e, em 1938 por meio do Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecente nº 891/38 regulamentou o consumo de drogas em uma perspectiva criminalizadora, expressando um posicionamento proibicionista em relação às drogas (GARCIA et al., 2008).

Mais tarde na década de 1970, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, vinculado ao Ministério da Justiça, exercendo atribuições de prevenção, fiscalização e repressão no âmbito federal, estadual e municipal. E, ainda nesse período, diversas alterações legislativas culminaram na Lei 6368/76, norteando as ações governamentais com enfoque repressivo, na tentativa de controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas e, enviando para a prisão tanto traficantes como usuários (BRASIL, 1976; GARCIA et al., 2008).

Entre 1980 e 1990, surgem os Conselhos de Entorpecentes, como o Conselho Federal (CONFEN), os Conselhos Estaduais (CONENS) e os Conselhos Municipais (COMENS), que contribuíram para conduzir as iniciativas sobre o tema drogas no Brasil focado no binômio abstinência-repressão (GARCIA et al., 2008).

Esses conselhos, ligado ao Ministério da Justiça, começaram a promover discussões com o ideal de promover a construção de uma sociedade protegida do uso de droga, reconhecendo diferenças entre usuário, dependente e traficante.

E, nos anos 1990, evidenciam que a política proibicionista apontada como solução do problema se mostrava ineficaz, visto o contínuo aumento no consumo, produção e comércio de substâncias. Assim, a questão da droga antes tratada como caso de polícia, transformou-se em prioridade da agenda governamental (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010).

Em 1998, a partir da realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, o CONFEN foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), iniciando a transformação do caráter coercitivo e punitivo da legislação. Coube à SENAD coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade, mobilizando os diversos setores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010).

Analisando o âmbito da prevenção, a disponibilidade e os obstáculos do tratamento, em 2001 a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório Mundial da Saúde Mental relacionado ao álcool e outras drogas, recomendou a promoção da assistência em nível de cuidados primários através da disponibilização de medicamentos de uso essencial em saúde mental, promoção de cuidados comunitários, educação da população, envolvimento das comunidades, famílias e usuários, estabelecimento de políticas, programas e legislação específica, o desenvolvimento de recursos humanos, além do monitoramento da saúde mental da comunidade (OMS, 2001).

As mudanças nas necessidades de saúde da população em decorrência do aumento de casos de abuso de substâncias culminaram, no ano de 2004, na Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas que preconiza a intersetorialidade. As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, são descritas como

fundamentais para a elaboração de planos estratégicos, ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a legislação sofreu diversas alterações definindo o abuso de substâncias como um importante problema de saúde pública. Esta nova forma de ver e atender o usuário de drogas ganhou força com as portarias promulgadas¹ que incluíram na tabela de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) as atividades realizadas nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad); determinaram as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias; instituíram o incentivo financeiro para ações de redução de danos e legalizaram o credenciamento de leitos para tratamento de usuários álcool e drogas (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2012).

Em 2005, com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) pelo CONAD que estabeleceu os fundamentos, objetivos, diretrizes e estratégias voltadas para a redução da demanda e da oferta de drogas, orientando o princípio da responsabilidade compartilhada, através da estratégia de cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da integração setorial e da descentralização das ações sobre drogas no país, garantindo o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa e buscando a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de substâncias alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010; BRASIL, 2005).

Consolidando a legislação brasileira, em 2006 é promulgada a Lei Nº 11.343 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Entre seus pressupostos está prescrever as medidas para prevenção do uso de drogas por atividades direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelecendo normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e definindo crimes. Esta lei descriminaliza o porte e uso, mediante adoção de medidas de prevenção, atenção e

¹ Portarias nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004; nº 1.028, de 1º de julho de 2005; nº 122, de 25 de janeiro de 2011; nº 148, de 31 de janeiro de 2012.

reinserção social de usuários e dependentes, a exasperação das penas para o tráfico, incluindo as relativas aos precursores, a agravação quanto à transnacionalidade do delito ou a qualidade dos infratores (BRASIL, 2006).

Em 2009, com o progressivo aumento e visibilidade do consumo de crack, foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), que busca de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, tendo como eixos de atuação a ampliação do acesso ao tratamento, a qualificação da rede assistencial, estímulo a ações intersetoriais e apoio a ações de promoção e enfrentamento do estigma (BRASIL, 2010a).

Seguindo as mesmas diretrizes, em 2010, é divulgado o Decreto Nº. 7179 que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, tendo como objetivo estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua (BRASIL, 2010b).

Com a pressão da comunidade e a visibilidade da problematização do crack na mídia é promulgada a Portaria Nº 3.088, de 23/12/2011, que 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 SUS, com o objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A questão das drogas tem sido abordada, pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, como um problema de saúde pública e, a qual tem seu enfrentamento por meio de um conjunto de medidas integradas e estratégicas em parceria com diversos setores da sociedade, num contínuo debate devido à complexidade da situação e rapidez da expansão do consumo abusivo do crack.

3.2 AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO USUÁRIO DE CRACK

O termo cuidado origina-se do latim (*coera*) cura e diz respeito a uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimado. A dedicação e a disponibilidade de participação, o sentimento de zelo e a responsabilidade realizam o cuidado (LUZ; MIRANDA, 2007).

Ayres (2004) propõe uma compreensão filosófica para o cuidado, associado a uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para este fim.

O cuidado na saúde mental orienta-se pela atenção psicossocial, em que a partir do cotidiano da vida das pessoas se inventa ações e se constrói estratégias para cuidar e minimizar o sofrimento da pessoa com transtorno psíquico (YASUI, 2009).

Este deve ser direcionado para o atendimento do usuário de maneira holística e integral, não fragmentado em biológico e mental, tendo em vista que uma parte interfere na outra (WHO, 2008).

Isso nos remete a compreensão do que o cuidado deve ser focado no indivíduo com seus problemas, sejam eles psíquicos, clínicos, sociais, familiares, culturais ou espirituais, implicando na oferta de um cardápio diversificado de ações, sustentado pelo trabalho interdisciplinar e intersetorial (ALVES, 2006).

A atenção ao usuário de crack pelo seu prejuízo físico, moral, social e psicológico, no âmbito do SUS, está fundamentada nos referenciais de atenção em rede, acesso universal e intersetorialidade (BRASIL, 2010a).

A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de cuidado estejam articulados de forma complementar, solidária e funcional, buscando garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2010a).

As estratégias de intervenção para o cuidado em rede de saúde para usuários de drogas estão compostas pela avaliação interdisciplinar para cuidados clínicos e psiquiátricos; a construção de projeto terapêutico individual; pela atenção básica (via

Estratégia de Saúde da Família (ESF) e núcleo de apoio à saúde da família); pelo CAPS Ad; pelos leitos em hospital geral; pelos consultórios da rua e casas de passagem; estratégias de redução de danos e a articulação com a ação social, educação, trabalho, justiça, esporte, direitos humanos e moradia (BRASIL, 2009).

Ainda que os CAPS Ad sejam dispositivos estratégicos na organização da porta de entrada, na avaliação e no acolhimento dos casos de saúde mental no território, os demais serviços da rede de atenção, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral, devem estar atuando na promoção de cuidados para o usuário de drogas (BRASIL, 2010a).

A atenção básica é porta de entrada para o acolhimento do usuário de crack, devendo ofertar cuidados, identificando aqueles com história de ruptura dos laços sociais e articulando-se aos CAPS Ad para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais (BRASIL, 2010a).

Experiências exitosas do SUS apontam para a necessidade de se desenvolver mecanismos eficazes de intervenção em crise, que atuem com múltiplas conexões que se retroalimentem com a saúde e outros dispositivos de potencial proteção e suporte social, principalmente contra a exclusão e abandono, tão comuns entre usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010a).

Prontos socorros e unidades de pronto atendimento assistem quadros de intoxicação e abstinência, no entanto, existe uma deficiência do diálogo estabelecido entre estes serviços de urgência e emergência e os demais serviços de saúde mental da rede. É necessário potencializar, no nível municipal, ações regulares e sistematizadas que aumentem a interlocução entre os serviços da rede de atenção às urgências (BRASIL, 2010a).

As Casas de Acolhimento Transitório consistem em casas de albergamento de usuários da rede de atenção psicossocial em tratamento, constituídas para potencializar as ações de saúde mental da rede de atenção, dando maior institucionalidade e continuidade ao cuidado (BRASIL, 2010a).

Os consultórios na rua têm como objetivos a promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua para usuários que se encontram desassistido e sem vinculações com os serviços de saúde. As abordagens desenvolvidas privilegiam a redução de danos como estratégia de aproximação e cuidado dos usuários (BRASIL, 2010a).

O funcionamento dos leitos de atenção integral em hospital geral deve visar à reinserção social do usuário. A internação deve ser de curta duração, com vistas à desintoxicação associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas e/ou à presença de algum tipo de co-morbidade desenvolvida com o uso. A decisão pela internação deve ser compreendida como parte do tratamento, atrelada a um projeto terapêutico individual e, assim como a alta hospitalar e o pós-alta, deve ser de natureza interdisciplinar. Intervenções e procedimentos isolados mostram-se ineficazes, com pouca adesão e curta duração, além de favorecer o descrédito e desalento da família e mais estigma ao usuário (BRASIL, 2009).

O outro enfoque político é a redução de danos que tenta reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (IHRA, 2010).

Wodak (2009) refere que a redução de danos é sustentada pela ideia de que as drogas não desaparecem da humanidade, sendo necessário trazer estratégias de redução dando mais racionalidade no enfrentamento do consumo e buscando uma compreensão da droga como um problema de saúde e o tráfico como um problema jurídico policial.

O tratamento da redução de danos não tem na abstinência um pré-requisito obrigatório, tudo com o foco de minimizar os danos sociais a saúde. Trata-se de uma abordagem respeitadora e acolhedora aos usuários (MARLATT, 1999).

Nesse contexto identificamos programas e políticas para o enfrentamento da problemática do uso do crack, reconhecendo a complexidade para proposição de atenção integral, mas também observamos um direcionamento inovador que visa ampliar diversas ações e busca o desenvolvimento de novas tecnologias na abordagem do uso de drogas no Brasil. Desta forma, o cuidado para o usuário de droga direciona-se pela integralidade da atenção, tendo na interdisciplinaridade a sustentação para a ação de saúde.

Isso nos remete a concepção de competência definida como a capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes em tarefas ou combinações de tarefas operativas; habilidade de alguém para utilizar seu conhecimento com vistas a alcançar um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos habilidades adquiridos para o exercício de uma situação profissional; capacidade de mobilização de

saberes: saber fazer, saber ser e saber agir; mobilização de um conjunto de capacidades para a resolução de um problema (DEPRESBITERIS, 2001).

E, a construção de referenciais sobre as competências dos profissionais de saúde faz parte de um conjunto de iniciativas que procura dar resposta às necessidades de todos os serviços para a resolução de problemas de saúde, considerando as variações estruturais que ocorreram no trabalho no setor da saúde, devido ao processo de globalização econômica e as mudanças atuais nos paradigmas da saúde pública (WITT, 2005). Ou seja, ao pensarmos no cuidado do usuário de droga, visualizamos também a importância de ações dos profissionais, seu conhecimento, suas atitudes e habilidades para o trabalho.

Na enfermagem, o modelo de formação de competências é orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que vislumbram como principais competências a serem trabalhadas pelas instituições de ensino na formação do enfermeiro: atenção à saúde, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde; avaliar, sistematizar e decidir a conduta de enfermagem mais apropriada para cada indivíduo; manter-se com comunicação acessível, segura e precisa; assumir posição de liderança diante da equipe multiprofissional e da comunidade; estar apto a administrar e gerenciar recursos, profissionais e informações; e estar em constante processo de aprendizado, proporcionando conhecimento à equipe e para si (BRASIL, 2001).

Essas diretrizes apontam habilidades específicas do enfermeiro e entre elas estão à atuação como sujeito na formação de recursos humanos; intervenção no processo de saúde-doença, priorizando a qualidade da assistência/cuidado de enfermagem e a sua integralidade; garantia da compatibilidade entre cuidados de enfermagem prestados e as diferentes necessidades de cada indivíduo, família e grupos da comunidade; e, por fim, reconhecer-se como agente importante na determinação da dinâmica de trabalho institucional (BRASIL, 2001).

Desse modo, nesse estudo propomos identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack na perspectiva destes profissionais, tendo presente que na área da saúde as competências não se restringem somente à dimensão técnica instrumental, pois os serviços de saúde têm como característica fundamental a função de precaução dos riscos e amparo do direito à vida, com qualidade (MARQUES, 2001).

4 METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos os passos metodológicos para a realização desta pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa consiste em um estudo de abordagem qualitativa, com caráter exploratório descritivo. A metodologia foi escolhida por ser aquela que trabalha com um universo de significados, motivos, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas (MINAYO, 2008).

Além disso, o caráter exploratório compreende o estudo de um determinado fenômeno ainda não muito explorado, buscando elucidar os meios pelo qual se manifesta e os processos intrínsecos e consequentes a ele (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). É descritivo, pois se pretende atingir significados que perpassam as relações sociais humanas, que não podem ser descritos em termos dos números e medidas avaliados pela pesquisa quantitativa (MATHEUS, 2006).

4.2 CAMPO

O estudo foi realizado na Unidade de adição da Unidade Álvaro Alvim do HCPA, atribuída ao Serviço de Enfermagem em Adição (SEA) e composta pelas áreas de internação e ambulatório.

A unidade foi inaugurada em março de 2011 em uma parceria do HCPA com o SENAD, tendo como característica ser um centro colaborador que tem como metas principais a assistência, o ensino e a pesquisa dentro de um modelo integrativo com os diversos pontos de rede de saúde mental para a atenção ao usuário de crack e outras drogas.

A Unidade de Adição conta com um ambulatório para usuários de crack e outras drogas que consta de seis consultórios e duas salas de grupo. No ambulatório, são atendidos pacientes em tratamento por dependência química advindos da internação da unidade de adição, pacientes encaminhados pela rede básica de saúde, pacientes encaminhados do ambulatório geral da psiquiatria do HCPA e egressos de outras unidades de internação. É composto pelos seguintes profissionais: médicos-psiquiátricos, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, técnico administrativo, psicólogo e educador físico.

A internação é uma área que consta de 20 leitos masculinos, para usuários de crack e outras drogas oriundos da rede do SUS do município de Porto Alegre. Conta com um ambiente físico, em regime de internação fechada, organizada para o atendimento integral e interdisciplinar, composta pelos seguintes profissionais: médicos psiquiátricos e de clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, técnico administrativo, profissional de higienização e vigilância.

A unidade de internação da Unidade Álvaro Alvim, vem buscando orientar seu programa terapêutico visando uma melhor adesão ao tratamento, continuidade no pós-alta e aproximação da família. As atividades do programa possuem eixos verticais que abordam motivação, prevenção da recaída, manejo da fissura e administração do ócio, que são temas norteadores das atividades realizadas com os usuários, e eixos horizontais a partir das ocorrências e necessidades de cuidado longo do dia. O programa de tratamento está estruturado em duas etapas: desintoxicação e reabilitação.

A etapa inicial denominada desintoxicação tem como objetivo o afastamento seguro e eficaz do consumo do crack e outras drogas, a identificação de diagnósticos de comorbidades clínicas, a avaliação de motivação para o tratamento e o manejo da fissura. O tratamento é norteado por regras básicas de convivência, proibições, obrigações, direitos e deveres dos usuários e pela participação nas atividades da unidade conforme cronograma pré-estabelecido (Quadro 1).

O programa se apoia no MC, buscando modificar uma resposta comportamental promovendo um ambiente continente por meio de um sistema grupal de combinações, sanções e vouchers.

A migração entre as etapas se dá pela avaliação da evolução do paciente feita pela equipe, discussão em *round*, apresentação para o grupo da proposta de

ingresso com a leitura da carta de interesse formulada pelo paciente e assinatura do contrato de adesão formulado conjuntamente com a equipe .

Na etapa de reabilitação objetiva a prevenção de recaídas, retomada e manutenção de recursos motivacionais e planejamento de inserção em programas sociais e ocupacionais de reinserção. Esta fase está subdividida em três etapas e, a evolução se dá conforme a avaliação diária de comportamentos do paciente, buscando sua responsabilização. As atividades são divididas conforme etapa (Quadro 2) e visam, principalmente, a educação e orientação sobre prevenção de recaída, manejo de fissura e a continuidade do tratamento pós alta.

Desta forma, os enfermeiros trazem o compromisso com o programa de tratamento, exigindo um conhecimento e apropriação dos acontecimentos diários do cuidado, tendo relação às competências para gestão do cuidado e cuidado clínico na produção de um cuidado terapêutico.

Salienta-se ainda a relevância do treinamento e a capacitação dos profissionais do SEA, tendo grande impacto nos objetivos do tratamento possibilitando assim maior efetividade junto a esse perfil desse usuário (MOOS, 2007).

Quadro 1 - Cronograma de atividades grupo de desintoxicação

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES GRUPO DE DESINTOXICAÇÃO							
Dia/ Hora	Segunda - Feira	Terça - Feira	Quarta - Feira	Quinta - Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
08:00	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação	Grupo 0 + 1 = Desintoxicação Cate / Medicação
Local	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório
09:00							
10:00	Atividade Física/ Fanzine	Grupo de Práticas Corporais (técnicas diversas)	Terapia Ocupacional	Grupo de Práticas Corporais (técnicas diversas)	Atividade Física	Grupo com Terapeuta Ocupacional	Práticas Corporais
Local	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência
11:30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Local	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório
15:00	Lanche / Medicação	Lanche / Medicação	Lanche / Medicação	Lanche / Medicação	Lanche / Medicação	Lanche / Medicação	Lanche / Medicação
Local	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório
16:00	Grupo de Combinações da Semana	Grupo de Sentimento	Grupo Lúdico	Grupo de Sentimento	Ginástica Chinesa/ Yoga	Atividade Física	O ficina de Reabilitação Cognitiva
Local	Sala de Convivência	Refeitório	Refeitório	Refeitório	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Refeitório
17:00	Relaxamento	O ficina de Reabilitação Cognitiva	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento	Relaxamento
Local	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência	Sala de Convivência
18:00	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta
Local	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório
19:00	Reunião de Grupo de mútua ajuda (AA)	Narcóticos Anônimos					
21:30	Ceiar/ Medicação	Ceiar/ Medicação	Ceiar/ Medicação	Ceiar/ Medicação	Ceiar/ Medicação	Ceiar/ Medicação	Ceiar/ Medicação
Local	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório	Quarto/ Refeitório
22:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir

Fonte: SEA

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que atuam no SEA da Unidade Álvaro Alvim do HCPA, totalizando 12 enfermeiros. Foram adotados como critérios a inclusão de todos os enfermeiros do quadro funcional do SEA e excluídos os que estivessem em férias ou licença de saúde no período de coleta de dados, o que não ocorreu.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em sala previamente reservada na Unidade Álvaro Alvim, em horário não coincidente com o trabalho do enfermeiro, com duração média de 20 a 30 minutos. A coleta compreendeu os meses de março e abril de 2013. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados conforme o roteiro preconizado por Minayo (2008) esta técnica consiste em três passos:

- a) ordenação dos dados, que é composto da transcrição das gravações, releitura e organização;
- b) classificação dos dados, onde será realizada leitura das entrevistas identificando a relevância, as ideias centrais bem como pontos convergentes e divergentes;
- c) análise final, articulação dos dados com o referencial teórico e objetivo do trabalho.

A partir da etapa de leitura e classificação dos dados, os mesmos foram codificados por semelhanças e diferenciação e organizados em categorias e temas.

Essas categorias apresentam uma relação entre si e possuem significados que auxiliam a conhecer as competências do enfermeiro no cuidado ao usuário de crack.

No Quadro 3 a seguir, apresenta-se a categorização das informações.

Quadro 3 – Categorização das informações.

Categoria	Temas
Gestão do cuidado	Atividades administrativas
	Gestão de equipe de enfermagem
Ensino	Atividades de ensino
Cuidado clínico	Sistematização da assistência de enfermagem
	Conhecimento teórico-prático sobre transtorno por uso de substância
	Cuidado integral
	Relacionamento interpessoal

Fonte: Autor (2013).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A participação dos indivíduos no estudo ocorreu após convite e mediante assinatura de consentimento livre e informado (APÊNDICE B). A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos, conforme Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Os entrevistados foram informados pessoalmente sobre o caráter da pesquisa e seus objetivos. Além disso, o projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o nº 24205 (ANEXO A) e, após, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo nº de parecer 215.672 (ANEXO B).

5 COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO DO USUÁRIO DE CRACK

5.1 GESTÃO DO CUIDADO

A enfermagem atual é responsável pela gerência de unidades, atividade esta que engloba a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e pela gerência do cuidado que consiste no planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem (GRECO, 2004).

Com base em Sette (1997), ser gerente em enfermagem é dirigir, coordenar, organizar, planejar e controlar pessoas ou grupo de pessoas para o alcance de objetivos comuns, é ter capacidade e saber utilizar de maneira eficaz seus recursos humanos e materiais disponíveis, de forma organizada e dinâmica, mantendo a motivação e a moral elevada de sua equipe, alcançando os objetivos propostos e a melhoria organizacional.

Nessa categoria, gestão do cuidado, serão trabalhadas as seguintes competências do enfermeiro para o cuidado ao usuário de crack: “atividades administrativas, gestão de equipe de enfermagem, cuidado ampliado e atividades de ensino”.

5.1.1 Atividades Administrativas

As atividades administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro se referem ao planejamento, organização, comando, coordenação e controle de atividades realizadas nas unidades de assistência propriamente dita (COSTA; SHIMIZU, 2005). Essas atividades fazem parte do cotidiano dos enfermeiros nos mais diversos locais de trabalho em que estes profissionais estejam alocados.

A competência administrativa é uma habilidade que o enfermeiro deve desenvolver a fim de qualificar o cuidado prestado ao usuário de crack no SEA. Observamos que os enfermeiros identificam que para o cuidado há necessidade de

práticas que organizam a unidade como cuidar da estrutura física, dos recursos materiais, humanos, entre outros.

Eu acabo fazendo uma atividade quase administrativa assim algumas vezes [...] (S2).

Vejo também as partes burocráticas, de ver o material, de ver como está a unidade, se tem alguma coisa pra consertar (S4).

Evidenciamos nas falas que os profissionais entrevistados para além da competência técnica, apontam a competência administrativa para gerenciar o cuidado, preocupando-se com a manutenção da unidade de internação, o que certamente refletirá no cuidado direto prestado ao usuário de crack.

Ao enfermeiro não cabe apenas competência técnica, é necessária competência administrativa, para que lhe seja possível o gerenciamento da sua unidade e a organização da assistência de enfermagem prestada aos pacientes sob seus cuidados (BERNARDES; NAKAO; ÉVORA, 2003).

Identificamos que os entrevistados trazem a importância do gerenciamento e administração dos recursos materiais e equipamentos como uma competência do cuidado, sendo necessário para a continuidade e qualificação do processo de trabalho do enfermeiro, repercutindo nas demais ações de cuidado do usuário internado. As atividades administrativas têm implicações na gestão do cuidado, uma vez que essa é uma parte que traz sustentação na organização e realização das atividades de cuidado direto ao usuário.

5.1.2 Gestão de Equipe de Enfermagem

A gestão da equipe de enfermagem é uma responsabilidade legal do enfermeiro, competindo-lhe a coordenação da equipe composta por técnicos e auxiliares de enfermagem, a condução e a viabilização do processo do cuidado (BRASIL, 2007).

Ao enfermeiro cabe a competência de supervisão da equipe de enfermagem, sendo esta considerada um instrumento gerencial necessário para a gestão do cuidado, pois o cuidado de enfermagem se constitui em equipe: enfermeiros e técnicos que junto com a equipe multidisciplinar buscam realizar o cuidado do

usuário de crack. A equipe de enfermagem tem como pressuposto que cada profissional tem uma ação que colabora na atenção coletiva e, que refletir sobre a prática é uma tarefa de gestão.

Na visão dos entrevistados a gestão da equipe de enfermagem é uma habilidade necessária ao enfermeiro para o cuidado ao usuário de crack. Essa gestão ocorre através da supervisão dos técnicos de enfermagem e da orientação da equipe quanto à conduta a ser tomada diante alguma situação com o usuário internado.

Também ter um cuidado com os técnicos [...] cuidar para não se esporem, não se permitir serem acionados pelos pacientes (S12).

[...] ajudar os técnicos de enfermagem, as dúvidas, estar junto com eles, é um trabalho de equipe que a gente faz (S10).

Tem a questão que tem em qualquer instituição que é supervisão da equipe de enfermagem [...] (S9).

Gestão é ter a visão administrativa, geral, do que é necessário fazer em cada ponto, de cada técnico, o que eu tenho que fazer para que todos os pacientes se sintam cuidados e também os técnicos não se sintam abandonados (S12).

As falas apontam que o enfermeiro deve entre suas competências trabalhar a equipe com os técnicos de enfermagem, uma vez que esses profissionais têm uma proximidade com os usuários e, isso possibilita trocas de informação, sentimentos e conhecimento. Portanto, a competência para a gestão por meio da supervisão é uma estratégia fundamental no cuidado realizado junto à equipe, pois há trocas e reflexão do cuidado.

O enfermeiro enquanto supervisor deve guiar o pessoal de enfermagem no sentido de auxiliar o desenvolvimento dos mesmos para garantir a prestação de uma assistência de qualidade. A supervisão insere-se no contexto do trabalho do enfermeiro como instrumento gerencial, em que o papel do supervisor passa a ser o de um orientador e facilitador no ambiente de trabalho (SERVO, CORREIA, 2005; LIBERAL, DALL'AGNOL, 2008).

Do mesmo modo, na supervisão dos técnicos de enfermagem, os enfermeiros devem considerar as subjetividades envolvidas no trabalho, buscando ajudar no reconhecimento de que estes interferem nas ações de cuidado. Dessa maneira, os enfermeiros apontam a habilidade de liderança como condicionante da ação de

gerenciar o cuidado cotidiano, pois visualizam essa prática como necessária para coesão da equipe de enfermagem, em ações que são conjuntas e requerem trocas e atitudes parceiras para o cuidado.

O enfermeiro tem que poder ter essa atitude de unir, de fazer com que as pessoas trabalhem mais juntas por que o objetivo é um só que é esse paciente [...] (S3).

Bom ambiente de trabalho é uma atitude do enfermeiro, estar entendendo o seu papel como liderança, essa sua liderança ativa dentro da equipe, um referencial tanto teórico quanto prático, ser reconhecido como gerente dessa equipe pode ser ela nuclear ou mais ampliada na relação com outras equipes, eu acredito que a enfermagem tem essa potencia (S6).

Para os entrevistados a habilidade de liderança se traduz em motivação, união e ser referencia tanto para a equipe de enfermagem quanto para a equipe multidisciplinar. Dessa forma, veem o enfermeiro com potencial para a liderança e que esta deve ser exercida influenciando a equipe, com vistas às mudanças, o que, de certa forma, proporciona uma melhoria na prática de enfermagem (KRON 1994) e nos cuidados prestados ao usuário de crack.

A habilidade para a liderança está associada com a habilidade comunicação do enfermeiro-líder. Para os entrevistados, a comunicação é de extrema importância para a gestão da equipe de enfermagem e, também, para o cuidado oferecido aos usuários de crack.

Eu acho que tem que saber se comunicar [...] parece ser tão fácil, mas é uma coisa que na prática a gente vê que é difícil [...] (S9).

A comunicação tem que estar sempre se readeguando, saber se expressar, mas poder fazer síntese do que está acontecendo na unidade para poder fazer os encaminhamentos (S4).

Os enfermeiros entrevistados verbalizam que a comunicação eficaz é difícil de ser desenvolvida na prática profissional, apesar de parecer fácil. Essa habilidade exige saber expressar as ideias, fazer síntese dos acontecimentos e atividades na unidade e fazer os encaminhamentos.

Para Stefanelli e Carvalho (2005) a comunicação é o eixo que integra o ensino e a pesquisa, permitindo exercer a profissão como ciência e arte, favorecendo assim, a integração da pessoa com o profissional, fundamental para a educação em saúde.

Do mesmo modo, as reuniões são identificadas pelos entrevistados como importantes instrumentos para a gestão do cuidado. As reuniões apresentam-se ligadas aos processos gerenciais e ao exercício de liderança, cabendo ao enfermeiro garantir um espaço para discussões que auxiliem a reflexão da equipe sobre si e sobre trabalho.

[...] é um trabalho muito baseado em gerenciamento e relações, são muitas reuniões, são muitas trocas de opiniões, são muitos planejamentos e intervenções (S6).

[...] temos reuniões de equipe para avaliar como está o panorama da unidade, pra ver quais desfechos vão ter durante a manhã [...] (S4).

Os enfermeiros entendem as reuniões como um importante espaço de trocas, de planejamento, de avaliação e de intervenção necessário para a gestão do cuidado. Para Rocha (2005) a reunião é um lugar onde as relações da equipe se constroem e se fortificam, ao se responsabilizar em conjunto, com respeito, intimidade e cumplicidade em prol da qualidade do cuidado ofertado ao paciente.

As reuniões podem ser entendidas como um processo educativo que surge para oportunizar a socialização de conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais acertadas (DALL'AGNOL, MARTINI, 2003). Compartilhando desse pensamento.

As reuniões traduzem a habilidade dos enfermeiros de reunir e compartilhar os diferentes olhares, experiências e conhecimentos. É um momento de repensar as atividades, de ouvir e identificar conjuntamente as necessidades e dificuldades do trabalho, possibilitando repensar que o cuidado ao usuário exige uma atitude de envolvimento e encontro dos profissionais.

5.2 ATIVIDADES DE ENSINO

As atividades de ensino surgem como habilidade necessária para os entrevistados, uma vez que o hospital se caracteriza também pelo ensino e pela pesquisa, enquanto uma instituição universitária. Para Pereira (2003), a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinado ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entre estes dois campos, tanto em

qualquer nível de atenção à saúde quanto na construção e aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde.

[...] trabalho na residência multiprofissional e daí tenho essa competência de supervisionar a formação, o seguimento da formação desse enfermeiro que também vai atuar na área de saúde mental (S4).

Tem a parte do ensino, que acaba estando muito próxima ao trabalho do enfermeiro aqui porque a gente recebe alunos de graduação, de pós-graduação, de especialização, de residência, recebe visitantes de uma forma geral, pesquisadores. Então, eu acho que tem uma vocação nossa aqui que é de receber, de acolher, de buscar um tom didático para as pessoas que acabam utilizando esse campo pra sua formação [...] (S6).

Evidencia-se através das falas dos entrevistados que se sentem responsáveis pela formação e, que as atividades de ensino são inerentes ao seu trabalho. Segundo Carvalho (2003) a participação dos enfermeiros na educação dos estudantes de enfermagem, integrando um estatuto de mentor, e o seu importante papel na avaliação do desempenho do formando estão intimamente relacionadas com o sucesso ou insucesso do estudante no processo de ensino/aprendizagem.

Ter competência para o ensino é valorizada pelos enfermeiros, pois identificam que essa prática tem potência na qualificação do cuidado do usuário de crack e, também, mobiliza os profissionais para um cuidado amplo que articula diferentes saberes e fazeres, dando dinamicidade e aprimorando as ações de saúde.

5.3 CUIDADO CLÍNICO

O cuidado clínico pode ser compreendido como práticas, intervenções e ações sistematizadas, de cuidado direto, desenvolvido pela equipe de enfermagem e dirigido ao ser humano, seja individualizado ou coletivo, fundamentado em evidências quantitativas e/ou qualitativas, com bases filosóficas, ética, teórica, científica, técnica e política, considerando as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo saúde-doença (ALMEIDA, 2009).

Desse modo, através das falas dos enfermeiros entrevistados, identificou-se o cuidado clínico como outra competência para atendimento ao usuário de crack. Esse

cuidado ocorre por meio do conhecimento da sistematização de assistência de enfermagem, do cuidado de enfermagem sobre transtorno por uso de substância pela habilidade para o cuidado direto.

5.3.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (TRUPPEL et al., 2009).

O processo de enfermagem, considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação. As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático (ALFARO-LÉFEVRE, 2002).

Para os enfermeiros entrevistados a sistematização da assistência de enfermagem surge como um instrumento que orienta o cuidado clínico ao usuário de crack. A utilização da SAE no cotidiano de trabalho é vista como um conhecimento, oferecendo um embasamento científico que busca assegurar um cuidado de enfermagem mais objetivo, seguro, orientado pela necessidade do paciente.

[...] a gente recebe o paciente, faz a anamnese, faz o diagnóstico de enfermagem (S1).

Realizo as baixas, faço as anamneses, exames físicos, evoluções dos pacientes da escala da noite [...] (S3).

A gente faz a anamnese, presta todo o processo de enfermagem, faz um acolhimento com ele, depois um vínculo [...] (S10).

A partir da análise das entrevistas, se percebe que as etapas da SAE, bem como o processo de enfermagem revestem-se em competência do cuidado clínico ao usuário internado, uma vez que por meio delas se desenvolve um cuidado por

meio de parâmetros que buscam uma avaliação segura da prática assistencial de acordo com as demandas dos usuários.

A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem, além de oportunizar os avanços na qualidade da assistência (TRUPPEL et al., 2009). Dessa forma a SAE é um instrumento relevante, pois por meio das etapas do processo de enfermagem, exige do enfermeiro competência para comunicação bem como para o relacionamento, acolhendo e estruturando vínculo com usuários para assim, qualificar o cuidado, ou seja, avaliar necessidades, identificar problemas, estabelecer um diagnóstico de enfermagem, planejar e implementar os cuidados.

5.3.2 Conhecimento teórico-prático sobre Transtorno por Uso de Substância

Os enfermeiros trazem a necessidade de conhecimento a respeito do cuidado sobre transtorno por uso de substância para ser competente no cuidado clínico realizado no SEA. Para ter competência clínica, referem que precisam identificar e estar atento aos sintomas físicos e comportamentais que o usuário possa vir a apresentar em decorrência da falta da substância no seu organismo.

[...] identifico os pacientes que precisam mais de cuidados, normalmente são os que estão restritos e acabaram de internar, como estão indo os sintomas dele em termos de abstinência [...] (S12).

[...] um conhecimento teórico que abranja a questão fisiológica dos sinais e sintomas, da manifestação dos sinais clínicos e posteriormente das intervenções para trabalhar com essas manifestações clínica (S1).

Com a internação os usuários entram em processo de interrupção segura da droga chamado desintoxicação. E, nesse período podem apresentar abstinência que se caracteriza pela presença de sintomas fisiológicos que acontecem quando ocorre à diminuição ou interrupção da droga consumida, com isso o adicto passa a apresentar padrões fisiológicos de comportamento e cognitivos afetados (PULCHERIO; BICCA; SILVA, 2002).

Associado ao conhecimento clínico para o tratamento do usuário de crack é importante termos claro que abuso e dependência de substância é uma doença crônica e que não há um único modelo de cuidado (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

A competência clínica deve considerar o usuário como único, sendo necessária uma avaliação que considere as diferentes necessidades do paciente, tendo que o tratamento é um processo longo e que a internação é uma das etapas de cuidado. Ou seja, o tratamento deve ter vários tipos de abordagem, com plano e metas de cuidado, com ajuda e apoio, estruturado em equipe multidisciplinar e em rede de atenção para apoiar nos problemas psicossociais, psicológicos e físicos ocasionados por essa patologia.

Outra questão trazida pelos entrevistados relaciona-se com a fissura que pode aparecer tanto na fase de consumo como na abstinência de crack e pode ser definida como o desejo de consumir a substância, estando associado às expectativas de resultado do uso, podendo levar a uma (FOCCH; LEITE; SCIVOLETTO, 2001).

[...] avaliar se o paciente está fissurado ou se não está, da gente poder trabalhar com eles questões das dificuldades que eles têm de lidar com a fissura (S1).

[...] a gente identifica, tenta identificar o paciente quando ele está se sentindo ansioso, com fissura [...] (S9).

Durante a fase de fissura, surgem alguns sintomas característicos como o aumento do quadro de ansiedade, que pode, conseqüentemente, dificultar o tratamento. Somando-se a isso, pode haver outros agravantes deste quadro como a angústia e a depressão (RIGOTTO, GOMES, 2002).

Silva e Serra (2004) ressaltam que para que o indivíduo possa aumentar suas possibilidades em manter-se abstinente, além de reduzir os sintomas da fissura, se faz necessário trabalhar com um dos pilares da terapia cognitivo-comportamental que é a motivação para a mudança do comportamento dependente. Ou seja, a fissura além do desejo pela droga, evidencia a intenção de consumir e, é acompanhada por alterações de humor e de comportamento, dificultando a motivação do usuário para o tratamento.

A competência para o cuidado da fissura significa explicar ao usuário que ter consciência do desejo pela droga é fundamental na prevenção de recaída, pois querer não quer dizer utilizar (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Nesse contexto, prevenção de recaída é um recurso essencial no tratamento da dependência química, visa melhorar o estágio de manutenção no processo de mudança de hábitos, com o objetivo de transmitir confiança aos que buscam uma mudança em seu comportamento (MARLATT; GORDON, 1993). Assim, com a técnica de prevenção da recaída os pacientes se capacitam a aprenderem a prever e a lidar com o problema, permitindo-lhes desenvolver habilidades para interromper a evolução de um reinício de uso (MATHIAS; CRUZ, 2007).

Para os enfermeiros entrevistados a técnica de prevenção de recaída requer conhecimento teórico e habilidade para utilizá-lo junto ao usuário de crack, colaborando no cuidado clínico, explorando sentimentos e comportamentos relacionados com o consumo de droga.

[...] questões relacionadas com prevenção de recaída, de que forma vai trabalhar com aqueles estresses que surgem [...] (S2).

Tem que saber o que significa prevenção de recaída [...] como tu faz isso? Tu identifica o que para prevenir o que? Tem que ter um conhecimento teórico [...] (S1).

Algumas das minhas atribuições são trabalhar com os grupos metodologia de treinamento de comportamentos que sejam preventivos a recaída, mas também que sejam adaptativos as pessoas viverem melhor em grupo, em sociedade (S11).

[...] a nossa função é de orientação, de manejo de conduta porque isso é uma necessidade permanente eu diria, que a gente sempre esteja pontuando com eles que mantenham uma conduta correta (S7).

Eu acho que isso é legal assim, de tu poder estar elogiando o diário, alguns a gente estimula a fazer o diário também, estimula a arrumar as coisas, dar reforço positivo [...] muitos melhoram só de ter um reforço positivo de que fizeram uma atitude, cumpriram o que atividade programa [...] (S5).

A prevenção de recaída explora cognições e comportamentos associados ao uso de drogas, através de técnicas motivacionais, de reestruturação das cognições e de modificação do comportamento e apresenta boa eficácia, comprovada em estudos clínicos (SILVA; SERRA, 2004). Apresenta três princípios: selecionar e monitorar o comportamento desejado, reforçar adequadamente o comportamento e, por último, eliminar o reforçador quando o comportamento visado não ocorre (HIGGINS; PETRY, 1999). O cuidado baseado num programa de prevenção de

recaída tem o objetivo de ensinar o usuário a identificar situações de risco, emocionais e de estresse.

Assim, no programa de tratamento é utilizado o tratamento psicossocial conhecido como Manejo de Contingências (MC), baseado na teoria comportamental, que pressupõe que reforçar comportamentos desejados, se caracterizando por ações de cuidado que objetiva reduzir ou eliminar o comportamento de consumir droga e, por meio de reforço positivo aos comportamentos desejados (não usar droga) se obtém mudanças mais duradouras na manutenção da abstinência de forma continuada (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

Outra questão, apontada como competência para cuidado clínico, se refere ao uso de medicação, o qual exige do enfermeiro uma avaliação competente de sua administração. Observa-se nas falas dos enfermeiros a preocupação em realizar uma avaliação criteriosa do uso das medicações prescritas, associado à necessidade de reavaliação constante do estado clínico do usuário e suas necessidades. Para essa avaliação os enfermeiros precisam ter o aporte teórico para avaliar a alternativa farmacológica como um cuidado clínico.

Têm pacientes que não estão bem em determinado momento, tu vai avaliar se é necessário uma nova medicação, uma antecipação de medicação, ou se o manejo funciona, se ele pode fazer alguma coisa antes da medicação, pode tomar um banho, pode tentar ficar com o grupo [...] (S8).

[...] a gente tem que ter o cuidado para administrar medicação realmente quando necessário porque muitas vezes os pacientes já chegam aqui dependentes também de medicação, a gente tem que estar observando isso [...] (S9).

[...] a gente trabalha com medicação, às vezes a gente tem que medicar eles pesadamente durante o período de abstinência. Então tu tem que estar preparado pra fazer uma avaliação desse paciente [...] (S1).

Sugere-se ainda que essa atividade seja amplamente discutida com os técnicos de enfermagem e com a equipe médica, uma vez que o cuidado clínico competente se organiza de modo interdisciplinar, na qual trocas e integração dos profissionais proporciona uma ação integral na produção de saúde.

A dependência de crack exige um tratamento difícil e complexo, pois sua gravidade e tendência a recaídas sugere acompanhamento por longo tempo, associado a diferentes modalidades de tratamento interligadas, voltadas para as diferentes fases de recuperação.

Nesse sentido, os enfermeiros entrevistados identificam a importância da manutenção do programa de tratamento ao usuário de crack internado.

[...] a gente trata de cumprir as combinações e manter o programa que tem durante o dia, eles tem uma série de atividades durante o dia que acaba [...] que aquilo reflete na noite no sentido deles manter através da conduta (S2).

A minha competência é manter o programa funcionando, estar pensando diariamente em algo que possa ser terapêutico ou construir algo terapêutico para que auxilie esses guris [...] (S11).

Além disso, é essencial que a abordagem do tratamento seja adequada para a idade, gênero, etnia e cultura do usuário, devendo estar estruturada de que seja possível a reformulação conforme as demandas do sujeito (KNAPP et al., 2007; PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

5.3.3 Cuidado Integral

A assistência integral à saúde permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. O cuidado integral incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde (FRANCO, FRANCO, 2012).

O cuidado de enfermagem tem como característica a continuidade nas 24 horas, o que possibilita a identificação das necessidades do usuário pela proximidade e continuidade, ou seja, o cuidado ocorre por meio da interação e, como consequência a singularidade condiciona a ação.

A humanização é algo característico e inerente à enfermagem. Assim, é importante que no cuidar o enfermeiro veja a pessoa humana em sua complexidade e não apenas o cuidar tecnológico (GOMES, OLIVEIRA, 2008).

Desse modo, os entrevistados trazem a preocupação com a atenção integral dos usuários de crack internados no SEA. Apontam que é preciso ter competência

ampliando seu foco de ação a partir do contexto de vida do usuário e identificando-o como pessoa em relação consigo, outros e território.

O cuidado de enfermagem ele é bem amplo, ele é muito amplo, eu não diria que é um cuidado de enfermagem, é um cuidado de saúde, um cuidado do profissional de saúde mental no caso feito pelo enfermeiro (S2).

[..] me preocupo com o paciente como um modo bem [...] de tudo assim, vejo da unha do pé até o fio de cabelo, acho que tem que ter essa habilidade [...] (S12).

Eu acho que tem que ter uma consciência na verdade de integralidade, pensar nesse usuário como um ser integral, não só na doença, mas que ele faz parte de um contexto social [...] olhar ele como um ser integral que tem as suas necessidades, suas dificuldades, e estimular ele, motivar (S7).

O cuidado de enfermagem [...] funciona como um articulador de rede, a gente faz contato com outros espaços de saúde, o usuário que passa aqui ele também passa no posto, ele vai também pra AA, vai pra NA, ele vai pra projetos sociais, ele circula [...] a gente tem que ir catando lugares possíveis que ele circula e por onde ele pode vir a circular, são lugares que a gente pode propor e incluir no plano terapêutico do sujeito (S2).

Acho que tem que ter um conhecimento de política, um pouco assim, pra saber orientar os pacientes depois da alta, ou a quem eles podem recorrer pra conseguir auxílio (S12).

Os enfermeiros entrevistados identificam que a realização do cuidado vai além do biológico (sinais e sintomas), mas que há fatores de vida social com apoio da família, amigos; trabalho; moradia entre outros que interferem na saúde e no tratamento.

Os cuidados centrados no paciente são cuidados que respeitam e respondem às preferências e necessidades individuais de cada paciente, procurando assegurar que são os valores dos pacientes que guiam as decisões clínicas (CORRIGAN, et al, 2001). É nessa perspectiva de cuidado-centrado no usuário que o cuidado integral se consolida na prática dos enfermeiros entrevistados.

Acho que a nossa competência é estar disponível pra pensar num cuidado centrado no usuário e não no que o serviço necessariamente está querendo, está precisando, a gente tem que pensar no serviço a partir do sujeito (S2).

A atuação do enfermeiro centrada na pessoa apresenta resultados positivos comparado aos modelos tradicionais de abordagem, pois: aumenta sua satisfação, diminui queixas por má-prática, melhora a aderência aos tratamentos, reduz

preocupações, melhora a saúde mental, reduz sintomas e melhora a recuperação de problemas recorrentes (STEWART et al., 1995).

Centralizar as ações de cuidado a partir das reais necessidades dos usuários de crack são atitudes que demonstram a responsabilidade e compromisso dos entrevistados para com o sucesso terapêutico no cuidado ao usuário de crack e, a integralidade da atenção é uma competência que produz uma prática que acolhe a vida da pessoa.

5.3.4 Relacionamento Interpessoal

As relações interpessoais entre enfermeira e paciente se constituem, destarte, em um processo dinâmico, sob a forma de comportamentos manifestos e não manifestos verbais e não verbais, sentimentos, reações mentais e/ou físico-corporais. Dessa maneira, é importante combinar a sensibilidade ao conhecimento teórico, com a finalidade de oferecer uma assistência de enfermagem planejada e estruturada, visando tanto à orientação do cliente quanto ao estímulo da expressão de seus sentimentos (MARQUES, et al. 2009).

O relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente é uma experiência de aprendizado mútuo e uma experiência emocional, em que, o enfermeiro utiliza a si próprio como uma das ferramentas para o trabalho (STUART; LARAIA 2002).

Os enfermeiros entrevistados relatam a importância da comunicação com o usuário de crack. Essa comunicação aproxima profissional, facilitando a verbalização dos sentimentos, das dificuldades, desejos e expectativas do usuário, sendo uma habilidade fundamental para estabelecer um relacionamento e, produzir ações de cuidado.

Eu acho que tem que saber se comunicar, tem que ser acolhedor, tem que ser receptivo [...] (S7).

Eu acho que é minha competência é aquela coisa da assistência, do cuidado, do estar junto, do escutar, do falar, do saber o que está passando na cabeça dos pacientes naquele turno que eu estava aqui (S3).

Evidencia-se que a comunicação é uma ferramenta de trabalho importante no cotidiano dos enfermeiros. Para Stuart e Laraia (2002) a comunicação é relevante para a prática de enfermagem psiquiátrica, pois estabelece um relacionamento terapêutico porque implica na condução de informações e proporciona a troca de pensamentos e sentimentos.

O convívio diário do enfermeiro e paciente faz com que possam experimentar uma gama de sentimentos, pensamentos e reações que podem interferir benéficamente no processo da comunicação (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Nessa troca de sentimentos, ideias e experiências por meio da comunicação ocorrem os relacionamentos e, esse processo objetiva o estabelecimento de confiança e respeito.

A confiança é o sentimento que permite à pessoa aprender a lidar com o mundo e resolver problemas. Ajudar o paciente a aceitar-se como ele é, ser flexível, cumprir promessas, oferecer esquema de atividades diárias e promover o alívio de suas ansiedades são fatores que podem fomentar o surgimento mais rápido da confiança (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O respeito mútuo pode ser caracterizado pelo ato de acreditar na dignidade e nos valores do outro, independentemente de seu comportamento, é aceitá-lo sem julgá-lo. Associar esse comportamento ao item de confiança implica em um respeito maior do paciente a pessoa do enfermeiro (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Assim, a comunicação produzindo confiança e estabelecendo respeito junto ao usuário é um cuidado terapêutico.

Eu acho que o sentar, o escutar, acho que é indispensável. Acho que é uma das habilidades que a gente tem que ter, tu poder sentar e escutar e poder nessa escuta ter um parâmetro do que tu vai poder fazer para ajudar essa pessoa (S3).

[..] tem que saber ouvir aquela pessoa sem julgar ela, mas com a tentativa de encaminhar ela para uma nova fase da vida dela (S8).

Acho que é essa coisa da gente poder estar ali escutando, estar fazendo algumas coisas que pra ele são importantes (S6)

Escutar não se limita apenas ao ouvir enquanto captação de sons, mas se refere à busca de apreensão do sentido do dizer, sugere ouvir de perto, ouvir o que está dentro do outro. Para escutar é necessário haver uma doação, no sentido de se dispor inteiramente da escuta do que está sendo dito (CARDOSO, 2004).

O ato de estar disponível para escuta é identificado como uma habilidade necessária para o cuidado ser terapêutico, pois permite criar a possibilidade de vínculo e acolhimento do usuário de crack.

O vínculo amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito (CECILIO, 1997).

O vínculo é identificado como essencial no programa de tratamento do usuário de crack, pois desta maneira há um compartilhamento da intimidade e uma sensibilidade que produz uma postura acolhedora para as necessidades e anseios, o que se reverte em cuidado terapêutico.

[...] tem um trabalho muito de vínculo, paciente com dificuldade para vincular por ter uma estrutura de vida precária muitas vezes, por causa da droga a dificuldade de vínculo (S5).

O vínculo é uma palavra assim importante, tu tem que conseguir criar um vínculo com esse usuário, pra ti poder ajudar ele, por que daí tem todas aquelas coisas, tem as coisas de conduta que os pacientes tem (S3).

Os entrevistados apontam o vínculo como uma ferramenta de cumplicidade que colabora no tratamento do usuário de crack. Para Machado (2007) o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde.

Por meio do vínculo, os enfermeiros entrevistados relatam que podem motivar o usuário de crack para o programa de tratamento, dando suporte nas dificuldades, orientação nas dúvidas, bem como reforçar positivamente a participação e adesão.

[..] poder motivar e poder nesse momento auxiliar [...] dar um suporte (S3).

Acho que a competência é orientar, motivar [...] acho que é motivar e cuidar, isso tem que ter em todos os lugares assim [...] acho que motivar é a palavra principal, motivação é tudo (S5).

Trabalhar com a motivação é essencial para que o cuidado seja terapêutico, pois, segundo Figlie, Dunn e Laranjeira (2004), a motivação é um estado de

prontidão para a mudança, que pode flutuar de um momento (ou situação) para outro e pode ser entendido como uma condição interna influenciada por fatores externos.

É nesse contexto, que a função do manejo motivador é estimular a motivação do paciente, buscando aumentar a possibilidade de mudança sem confrontar e tampouco impor ao paciente um plano de ação que não seja condizente com seu momento pessoal. O profissional de saúde possui a função de agente facilitador e orientador, fornecendo informações claras sobre a importância da mudança de comportamento e sugestões sobre mudanças específicas (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência de crack é um sério problema de saúde e a oferta de serviços de saúde para os usuários de substâncias psicoativas tem sido um desafio para o Sistema Único de Saúde.

Frente à problemática do aumento do consumo de crack esse estudo buscou identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack a partir das vivências destes profissionais, a fim de contribuir com conhecimento de ações facilitadoras para a atenção ao usuário.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com 12 enfermeiros do serviço de Enfermagem em Adição do HCPA, os quais apontaram que para realização do cuidado ao usuário de crack o enfermeiro deve ter competência na gestão do cuidado, competência para o cuidado clínico e para cuidado terapêutico.

A competência da gestão do cuidado engloba as atividades administrativas, gestão de equipe de enfermagem, cuidado ampliado e atividades de ensino.

Apontam que a gestão da equipe de enfermagem por meio da supervisão é uma estratégia fundamental no cuidado realizado junto à equipe, pois há trocas e reflexão do cuidado.

Do mesmo modo, identificam a importância do gerenciamento das questões administrativas do cuidado de enfermagem e, também apontam a habilidade de liderança como condicionante da ação de gerenciar o cuidado cotidiano, pois o cuidado requer atitudes conjuntas.

Identificam que para um cuidado competente, este deve ser ampliado, ou seja, repleto de subjetividade e história, um processo de produção social e, não pode ser realizado fechado com somente uma causa para o uso da droga.

Ainda nesse contexto a competência na atividade de ensino foi constatada pelos enfermeiros como inerentes ao seu trabalho, tendo o papel de educador uma função qualificadora.

A competência para o cuidado clínico, ocorre por meio do conhecimento da sistematização da assistência de enfermagem, do cuidado de enfermagem sobre transtorno por uso de substância pela habilidade para o cuidado direto.

A SAE é vista como um conhecimento que oferece embasamento científico, assegurando um cuidado de enfermagem mais objetivo, seguro, orientado pela necessidade do paciente.

Apontam que para ter competência clínica precisam identificar e estarem atento aos sintomas físicos e comportamentais que o usuário possa vir a apresentar em decorrência da falta da substância no seu organismo, na qual o tratamento deve ter vários tipos de abordagem, com plano e metas de cuidado, com ajuda e apoio, estruturado em equipe multidisciplinar e em rede de atenção para apoiar nos problemas psicossociais, psicológicos e físicos ocasionados por essa patologia.

Na competência do cuidado terapêutico os enfermeiros trazem a habilidade para o cuidado integral, manutenção do programa de tratamento e relacionamento interpessoal.

Identificam que para atenção integral é preciso ter competência ampliando seu foco de ação a partir do contexto de vida do usuário e identificando-o como pessoa em relação consigo, outros e território.

A manutenção do programa é vista como compromisso, exigindo um conhecimento e apropriação dos acontecimentos diários do cuidado, tendo relação direta com as competências para gestão do cuidado e cuidado clínico na produção de um cuidado terapêutico.

O relacionamento interpessoal é uma característica fundamental no cuidado, em que comunicação, escuta e vínculo direcionam para um cuidado terapêutico

A partir dos resultados é possível perceber que as competências dos enfermeiros no cuidado ao usuário de crack em que gestão do cuidado, cuidado clínico e cuidado terapêutico são dimensões da prática assistencial do enfermeiro.

Identificar as competências oportunizou refletir sobre as questões da atenção ao usuário de crack propiciando mudanças, visualizando os desafios necessários para consolidação do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 221-249.

ALMEIDA, A. N. S. Cuidado Clínico de Enfermagem na Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 1-16. 2009.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004.

BERNARDES, A.; NAKAO, J. R. da S.; ÉVORA, Y. D. M. O trabalho do Enfermeiro sob a ótica dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. **Revista Nursing**, v. 60, n. 6, p. 31-36, mai. 2003.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 2012.

_____. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. 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. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Enfrentando o crack**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**: Texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, 2010a.

_____. **Decreto Nº. 7179 que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Conselho Nacional de Saúde. 2010b.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. **O crack: como lidar com este grave problema (I)**. Brasília, 2009

_____. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. **Resolução COFEN 311/2007** – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 24 mai. 2013.

_____. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006**. 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. Diário Oficial. República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

_____. **Resolução n. 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005**. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**: institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001.

_____. **Decreto Lei 6368**. Diário Oficial da União (Brasília, DF), 1976 p. 152-156.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARDOSO, L. M. **Da experiência do escutar/dizer do psicólogo - na narrativa daqueles que dela partilham - a um sentido clínico atual apontado** [dissertação] Recife (PE): Universidade Católica de Pernambuco, 2004.

CARLINI, E. A. et al., Drogas psicotrópicas – o que são, como agem. **Revista imesc**, São Paulo, n. 3, p. 9-35, 2001.

_____. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 São Paulo:

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 - São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARVALHAL, R. Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores. **Loures: Lusociência**. 2003.

CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Observatório do crack**. Disponível em:<<http://www.cnm.org.br/crack>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

CORRIGAN, J. M. et al. ***Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century***. Washington, D. C.: *Institute of Medicine, National Academy of Sciences, National Academy Press*. 2001.

COSTA, R. A; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, out. 2005.

CUNHA, I. C. K. O; NETO F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-482, jul-set 2006.

DALL'AGNOL, C. M.; MARTINI, A.C. Reuniões de trabalho: mais uma ferramenta administrativa, um processo educativo. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 12, n. 1, p. 89-96, 2003.

DÉA, H. R. F. D. et al. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004.

DEPRESBITERIS, L. **Certificação de competências**: a necessidade de avançar uma perspectiva formativa. Formação. Brasília. 2001.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral**: Uma proposta de organização da rede de saúde. *In*: Secretaria de Estado de Saúde do RS. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário eletrônico Aurélio**: com corretor ortográfico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [2004]. 1 CD-ROM, color.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-9, 2001.

FIGLIE, N. B; DUNN, J; LARANJEIRA, R. Estrutura fatorial da *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(2), p. 91-99. 2004.

FOCCHI, G. R. A; LEITE, M. C; SCIVOLETTO S. Utilização do agonista dopaminérgico pergolida no tratamento da fissura por cocaína. **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2001.

GARCIA, M. L. T. et al. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, ago. 2008.

GRECO, R. M. Ensinando administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, 2004.

GOMES, A. M. T; OLIVEIRA, D.C. A enfermagem entre os avanços tecnológicos e a inter-relação: representações do papel do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**. 2008.

HIGGINS, S. T; PETRY, N. M. *Contingency Management: Incentives for sobriety*. **Alcohol Research & Health**. 1999.

KESSLER, F.; DIEMEN, L. V.; PECHANSKY, F. **Dependência Química**. *In*: KAPCZINSKI, Flavio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan. (Org.). Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2004. p. 299-309.

KESSLER, F; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 30, n. 2, mai/ago, p. 96-98, 2008.

KNAPP, W., et al. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. **Cochrane Database Syst Rev**, 2007.

KRON, T. G. A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

LIBERALI, J; DALL'AGNOL, C. M. Supervisão em enfermagem: um instrumento de gestão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 276-82, 2008.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/AIDS como forma de cuidar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

MACHADO, M. F. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora** [tese]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2007.

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARQUES R. C. et al. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**. 4. ed. 17, Rio de Janeiro, 2009.

MARQUES, C. M. S. **Certificação de competências profissionais: O que o PROFAE está pensando e fazendo**. Formação, Brasília, v. 1, n. 2, maio, p. 53-60. 2001.

MATHEUS, M. C. C. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. *In*: MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Editora Médica Paulista, 2006.

MATHIAS, A. C. R.; CRUZ, M. S. Benefícios de técnicas cognitivo comportamentais em terapia de grupo para uso indevido do álcool e drogas. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, 2007.

MELOTTO, P. **Trajetórias e usos de crack**: estudo antropológico das trajetórias de usuários de crack. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

MENDES, A. Transformações das Políticas Públicas brasileiras sobre Álcool e outras drogas. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, v. 6, n. 6, p. 11-13, nov. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 89: il.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Competency in nursing**. Genebra; 2003.

_____. Organização Mundial da Saúde/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo**: saúde mental – Nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Report, 2001.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5): 1527-1534, 2003.

PINHO, P. H; OLIVEIRA, M. A; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 82-88. 2008.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PULCHERIO, G; BICCA, C; SILVA, F. A. (Org.). **Álcool, Outras Drogas & Informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

RAMOS, S. P. O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 30, n. 2, mai/ago, p. 99-100, 2008.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIGOTTO, S. D; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic.: Teor e Pesq.** v. 18. p. 95-106, 2002.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 14, n. 3, p. 350-357, 2005.

SERVO, M. L. S.; CORREIA, V. S. A supervisão sob a ótica dos auxiliares de enfermagem. **Diálogos & Ciência**, Salvador, ano III, n. 6, p. 1-14, 2005.

SETTE, V. M. Percepção dos enfermeiros de unidade de internação sobre gerência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 1, p. 54-62, jan. 1997.

SILVA, C. J; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 2004.

SILVEIRA, D. X; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 493.

STUART, G. W; LARAIA, M. T **Enfermagem psiquiátricas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores. 2002.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. p. 159.

STEWART, M. et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. **Sage Publications, Inc. California**. 1995.

TOTUGUI, M. L. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. *In*: BUCHER, R. (Org.) **As drogas e a vida – uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: CORDATO-EPU, 1988, p.1-7.

TRUPPEL, T. C; et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, apr. 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2008**. New York: United Nations Publication, 2008.

_____. **World drug report 2009**. New York: United Nations Publication, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care: A global perspective**. Geneva: WHO Press, 2008.

_____. **Global health risk: mortality an burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO Press, 2009.

WITT, R. R. **Competência da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WODAK, A. *Harm Reduction Is Now The Mainstream Global Drug Policy*. **Addiction**, v. 104, n. 3, p. 343-345, 2009.

YASUI, S. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan/abr. 2009.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

1. Fale sobre o seu trabalho na internação de adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
2. Fale quais os conhecimentos que você acha importante para realizar o cuidado ao usuário de crack.
3. Fale quais habilidades você considera importante para realizar o cuidado ao usuário de crack.
4. Fale quais atitudes você considera importante para realizar o cuidado ao usuário de crack.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa intitulada "Competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack". Temos como objetivo Identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack na perspectiva destes profissionais. Nesta única entrevista, com duração entre 20 e 30 minutos, contamos com a sua colaboração para responder perguntas abertas sobre o cuidado ao usuário de crack, que serão gravadas em áudio e eliminadas após cinco anos de armazenamento. A participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. A participação na pesquisa não implica no pagamento nem recebimento de qualquer quantia financeira. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem com relação ao cuidado ao usuário de crack. Não estão previstos riscos ou desconfortos de qualquer natureza, uma vez que há um questionamento abrangente do objeto estudado. Não há risco de identificação, pois são apresentadas várias perspectivas, pontos de vista que buscam a explicação e análise orientada para o Caso. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional para os participantes do estudo junto à instituição em que o mesmo será realizado. Garantimos que as informações obtidas destinam-se somente para fins científicos, serão de uso exclusivo neste estudo e o seu nome não será divulgado. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias idênticas, sendo que uma cópia fica com o senhor (a) e a outra com o pesquisador. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, solicitamos sua autorização e assinatura no consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2013.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com a orientadora do projeto, Agnes Olschowsky, pelo telefone (51) 9653-8685, ou com a pesquisadora Débora Cardoso Dantas (51) 8586-2544. Para esclarecimentos éticos contate com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3359-7640.

ANEXO A – Dados do Projeto de pesquisa
Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

Sistema Pesquisa - Aluno

Pesquisador:

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 24205

Título: COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE CRACK

Área do Conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica

Início: 01/03/2013

Previsão de conclusão: 31/07/2013

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Departamento de Assistência e Orientação Profissional
Projeto Isolado com linha temática SAÚDE MENTAL

Objetivo: Identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack na perspectiva destes profissionais.

Palavras-Chave

Enfermagem

Saúde Mental

Transtorno Relacionado Ao Uso De Substancias

Equipe UFRGS

Nome: Agnes Olschowsky

Participação: Coordenador

Início: 01/03/2013

Nome: Débora Cardoso Dantas

Participação: Pesquisador

Início: 01/03/2013

ANEXO B - CARTA APROVAÇÃO

Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12699013.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 215.672

Data da Relatoria: 20/03/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de trabalho de conclusão de curso de graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS que pretende avaliar as competências de grupo de enfermeiros da Unidade Alvaro Alvim - HCPA para dependentes de crack.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack na perspectiva destes profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos como mínimos. Sendo perguntas abertas, haveria o risco de identificação dos participantes por parte de outros profissionais envolvidos na unidade que não os pesquisadores dependendo das respostas?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Informamos que o estudo qualitativo tem como critério básico a definição do grupo social mais relevante para a entrevista, privilegiando sujeitos que têm capacidade de objetivar o fenômeno estudado. Do mesmo modo os entrevistados trazem um aprofundamento e abrangência do entendimento sobre o objeto estudado dando profundidade e possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças. Assim não há risco de identificação dos entrevistados uma vez que são apresentadas várias perspectivas, pontos de vista que buscam a explicação e análise orientada para o Caso, o que o marca dos Inquéritos qualitativos e que resulta numa nova e rica compreensão sobre o fenômeno (MINAYO, 2006; TURATO, 2003). Em relação ao

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)350-7840 Fax: (51)350-7840 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



número de Informantes citado ao decorrer do parecer temos a Informar que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir representatividade. Minayo (2006) refere que a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Enfatizamos que pesquisas qualitativas não tencionam generalizar resultados, mas dar possibilidades de generalizar novos conceitos e pressupostos, enfocando sua atenção no específico, no peculiar, buscando a compreensão fenômeno. PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores relatam que utilizarão o método de Minayo para análise porém não relatam como os resultados serão descritos, variáveis em estudo, visto que as perguntas contidas no protocolo de Investigação são bastante abrangentes e as respostas podem ser heterogêneas. Na parte introdutória os pesquisadores relatam experiências na primeira pessoa ao invés de construir o substrato necessário para o entendimento do projeto a partir de dados existentes na literatura. Iniciando com a sentença: "As drogas chamaram minha atenção a partir da experiência na disciplina de Saúde Mental II, em que realizei atividades teórico-práticas na unidade de Internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em que havia dois leitos para pacientes com o diagnóstico principal de a..." De qualquer forma, parece um tanto intrigante a necessidade de caracterizar a competência de grupo de enfermeiros que trabalham em unidade de dependentes de crack, uma vez que na experiência descrita pelos autores as competências deste grupo profissional já são ressaltadas e descritas.

"Os dados serão divulgados em conjunto e o seu nome não será divulgado." A população em estudo é limitada (12 indivíduos), como preservar-se-a integralmente o sigilo de identidade? Caso haja uma negativa em participar por parte significativa de indivíduos, como o projeto seguirá?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: referente à descrição dos resultados Informamos que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, dados que correspondem a um espaço mais profundo das relações (MINAYO, 2006). Assim, os entrevistados em suas falas vão apresentar suas percepções sobre as competências dos enfermeiros para o cuidado ao usuário de crack, descrevendo esse processo e propondo temas para discussão e análise. Ou seja, os entrevistados trarão como resultados variáveis próprias e estratégicas para a compreensão do fenômeno, expressando valores, condições estruturais, socioeconômicas e culturais. Do mesmo modo o questionamento abrangente orienta uma conversa com finalidade, na qual se delineta o objeto em estudo dando-lhe forma e conteúdo e permitindo a aprofundar a comunicação para emergir a visão, os juízos e relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõe o objeto do ponto de vista dos interlocutores. Sobre a Introdução e a revisão da literatura Informamos que das páginas 07 a 16 existe o

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7840 Fax: (51)3359-7840 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



substrato teórico para sustentação do fenômeno apresentado na Introdução.

Sobre o estudo de competências dos enfermeiros para o cuidado aos usuários de crack informamos que na pesquisa qualitativa o objeto de estudo é um recorte capaz de conter relações essenciais e expressão especificidades sobre uma questão, assim, o problema em estudo é uma questão que se vincula a descobertas anteriores, porém mobiliza novos questionamentos, uma vez que é no campo da prática que se constroem a teoria.

PENDÊNCIAS ESCLARECIDAS:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada nova versão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão 04/03/2013 e TCLE versão 04/03/2013) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá ser cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica.

Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra a versão vigente aprovada.

PORTO ALEGRE, 11 de Março de 2013

Assinador por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90 035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359-7840 Fax: (51)359-7840 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br