

Nº do Protocolo: 119

Eixo Temático: Avaliação em Saúde e Qualidade

**A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA QUALIFICADA NO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS**

**Autores :** Ellen Celoto de Souza, Cássia Rejane Santana Luz Callegon, Aparicio Oliveira Ledo, Juliana Hossaki Ferreira, Reice Mili Gasolla Veiga

**Palavra-chave:** Escuta qualificada

**Introdução:** Esta pesquisa tem como objetivo humanizar o atendimento no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, que atua em parceria com a Associação Paulista para o Desenvolvimento de Medicina (SPDM), na região Central de São Paulo, prestando assistência médica, apoio social e quando necessário a admissão na unidade de Observação para possibilidade de transferência e internação em serviços conveniados. Devido a demanda e a particularidade de cada paciente a equipe de saúde do CRATOD é composta por profissionais especialistas em dependência química e/ou transtornos mentais. Identificou-se a necessidade de otimizar o instrumento de classificação de risco com intuito de garantir a segurança do paciente, permitindo uma escuta qualificada por meio da avaliação do enfermeiro na pré consulta, explorando suas necessidades respeitando sua individualidade com a perspectiva de não limitar a fala de usuário, de acordo com suas queixas relatadas, sendo encaminhado para o acolhimento com a equipe técnica, avaliação psiquiátrica ou avaliação clínica.

**Método:** Trata-se de uma análise de um instrumento de Acolhimento com Classificação de Risco com propósito de realizar uma consulta de enfermagem, sendo um estudo qualitativo e descritivo.

**Resultados:** O instrumento obteve informações que possibilitaram realizar uma abordagem mais humanizada, explorando questões como a inclusão social/diversidade, hábitos de consumo de substâncias psicoativas, alterações psíquicas e/ou clínicas, paciente vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS) e tuberculose, perfil de usuários em situação de vulnerabilidade social. Esta implantação favoreceu a escuta, fortalecendo os laços vinculares, na medida em que valorizou e permitiu a expressão do sofrimento, das necessidades, das dúvidas e dos afetos, proporcionando alívio e a sensação de resolutividade, auxiliando o usuário em sua terapêutica, sendo realizada qualificadamente, com o propósito de transmitir confiança, favorecendo a adesão ao tratamento.

**SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)**  
**FICHA DE PRÉ-CONSULTA**  
(Enfermagem)

**Dados Pessoais**

Nome Social: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

SSVV: Pressão Arterial: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ MMHG Pulso: \_\_\_\_\_ BPM Temp. \_\_\_\_\_ °C FR: \_\_\_\_\_ RPM

Saturação O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

Alergia? ( ) Sim ( ) Não ( ) Desconhece Especifique: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo? / Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim - Quantos? \_\_\_\_\_

Sexo Biológico: ( ) Masculino ( ) Feminino Identidade de Gênero: ( ) Mulher Trans ( ) Homem Trans

Orientação sexual declarada: ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual

Como chegou ao CRATOD? ( ) Desacompanhado ( ) Acompanhado. Por quem? \_\_\_\_\_

Deambula com auxílio? ( ) Sim ( ) Não. Qual auxílio utiliza? \_\_\_\_\_

Apresentação pessoal? ( ) preservada ( ) prejudicada

Apresenta alterações na integridade da pele? ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

Fez aplicação de silicone industrial? ( ) Sim ( ) Não ( ) não se aplica

Tem implantes de próteses de silicone no corpo? ( ) Sim ( ) Não ( ) não se aplica

Locais de aplicação: \_\_\_\_\_

**Motivo da Consulta:**

O paciente solicita:  Tratamento no CAPS  Internação  Orientação

Fez uso de SPA ou Bebida Alcoólica?  Não  Sim Último uso:

| X | Tipo de SPA   | Quantidade que usou | X | Tipo de SPA ou Bebida alcoólica           | Quantidade que usou |
|---|---------------|---------------------|---|---|---------------------|
|   | Cocaína       |                     |   | Mesclado                                  |                     |
|   | Crack         |                     |   | Bebida alcoólica                          |                     |
|   | Ecstasy       |                     |   | Drogas injetáveis nas últimas 04 semanas? |                     |
|   | Heroína       |                     |   | Quais drogas injetáveis?                  |                     |
|   | Lança perfume |                     |   | Outras. Especificar.                      |                     |
|   | LSD           |                     |   |   |                     |
|   | Maconha       |                     |   |   |                     |

Apresenta síndrome de abstinência por uso de SPA ou álcool?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Apresenta risco para síndrome de abstinência por SPA ou álcool?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Apresenta intoxicação no momento?  Não  Sim Se, SIM assinale nos itens abaixo.

|  | Intoxicação grave por álcool | Intoxicação moderada por álcool | Intoxicação leve por álcool | Delirium Tremens         |
|--|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

**Quadro Psíquico**

Apresenta Alucinações?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Apresenta Delírios?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Apresenta alteração no comportamento?  Não  Sim Se, SIM assinale nos itens abaixo.

|  | Desorientação Autopsíquica | Comportamento Violento   | Planejamento suicida     |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD  
Rua Prates, 165 – Bom Retiro / CEP: 01121-000 / São Paulo, SP / Fone: (11) 3329-4455 / cratod@saude.sp.gov.br

**SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**Histórico Prévio:**

Droga de escolha: \_\_\_\_\_

Tempo de uso de SPA: \_\_\_\_\_ Maior tempo Abstêmio: \_\_\_\_\_

Tempo de uso de bebida alcoólica: \_\_\_\_\_ Maior tempo Abstêmio: \_\_\_\_\_

Já foi internado para tratamento em DQ? \_\_\_\_\_ Quantas internações para DQ? \_\_\_\_\_

Quanto tempo faz desde a última internação? \_\_\_\_\_ Quanto tempo durou a internação? \_\_\_\_\_

Faz acompanhamento no CAPS?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Já foi diagnosticado com alguma doença mental?  Não  Sim Faz tratamento?  Não  Sim

Depressão TAG Outros: \_\_\_\_\_

TAB Esquizofrenia Medicamentos de uso: \_\_\_\_\_

Possui algum problema de saúde?  Não  Sim  Desconhece

HAS DIABETES Outros: \_\_\_\_\_

EPILEPSIA TCE Medicamentos de uso: \_\_\_\_\_

AVC IAM

**Apresenta os seguintes sintomas:**

|                               | Sim                      | Não                      | Febre                               | Sim                      | Não                      |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tosse há mais de três semanas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perda de peso                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Já fez tratamento para tuberculose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suor noturno?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Concluiu o tratamento?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Catarró com sangue            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Você está grávida?  Não se Aplica  Não  Sim Nº de semanas: \_\_\_\_\_

Faz acompanhamento pré-natal?  Não se Aplica  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

**Teste Rápido:**

Já realizou teste rápido alguma vez?  Sim  Não

Autoriza a realização do teste rápido?  Sim  Não

HIV  Sim  Não HEPATITE C  Sim  Não

SIFILIS  Sim  Não

HEPATITE B  Sim  Não

Já foi diagnosticado com alguma ISTs?  Sim  Não Fez tratamento?  Sim  Não Irregular

HEPATITE B  Sim  Não Fez tratamento?  Sim  Não Irregular

HEPATITE C  Sim  Não Fez tratamento?  Sim  Não Irregular

SIFILIS  Sim  Não Fez Tratamento?  Sim  Não Irregular

HIV  Sim  Não Uso de antirretrovirais para HIV?  Sim  Não Irregular

**Avaliação de Vulnerabilidade:**

Vive em situação de rua?  Não  Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Esta em Albergue no momento?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Essa é a primeira vez que busca tratamento?  Não  Sim

Idea de tratamento foi do paciente?  Não  Sim Quem motivou? \_\_\_\_\_

No último mês, você foi detido ou preso?  Não  Sim

Apresenta problemas relacionados à justiça?  Não  Sim

Teve relação sexual sem preservativo?  Não  Sim as vezes

Pratica sexo em troca de drogas?  Não  Sim as vezes

**Paciente encaminhado para:**

( ) Teste Rápido

( ) Acolhimento com a Equipe técnica

( ) Avaliação Psiquiátrica

( ) Avaliação Clínica

Carimbo e Rubrica do (a) enfermeiro (a) do ACCR

Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD  
Rua Prates, 165 – Bom Retiro / CEP: 01121-000 / São Paulo, SP / Fone: (11) 3329-4455 / cratod@saude.sp.gov.br

**Referências:**

Maynard WHC; Albuquerque MCS; Breda MZ; Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Qualified Listening and embracement in Psychosocial care, 2014.

Kondo ÉH; Vilella JC; Borba LO; Paes MR; Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em pronto atendimento. Rev Esc Enferm USP. 2010.