UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

VANESSA PELLEGRINO TOLEDO

Ribeirão Preto
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

Aluna: Vanessa Pellegrino Toledo
Orientadora: Profª. Drª. Maria Cecília Morais Scatena

Ribeirão Preto
2004

Ficha Catalográfica

Toledo, Vanessa Pellegrino
Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Serviço de Reabilitação Psicossocial
Ribeirão Preto, 2004.
109 páginas

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Maria Cecília Morais Scatena
1 – Sistematização da Assistência de Enfermagem
2 – Enfermagem Psiquiátrica
3 – Reabilitação Psicossocial

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

Este trabalho vincula-se à linha de pesquisa o doente a doença e as práticas terapêuticas, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

Data da Defesa: 05/2/2004.

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Cecília Morais Scatena

Julgamento:_____Assinatura:_____

Profª Drª Antonia Regina Ferreira Furegato

Julgamento:_____Assinatura:_____

Profª Drª Ivana Maria Passini Sodré Siviero

Julgamento:_____Assinatura:_____

Profª Drª Renata Curi Labate

Julgamento:_____Assinatura:_____

Profª Drª Rosa Aparecida Pavan Bison

Julgamento:_____Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

À **Prof. Dra. MARIA CECÍLIA MORAIS SCATENA**, orientadora a me acompanhar rumo ao meu crescimento não só profissional, mas, principalmente, pessoal;

À **Prof. Dra. ROSA APARECIDA PAVAN BISON**, amiga e companheira, apontou-me os rumos e manteve-se ao meu lado ao longo do caminho;

À **Prof. Dra. IVANA M. P. S. SIVIERO**, sempre presente, auxiliando-me desde os primeiros passos na confecção deste trabalho e no meu aprimoramento profissional;

À **Prof. Dra. ANTONIA REGINA F. FUREGATO**, incentivando-me em todos os momentos, aconselhando, sugerindo...;

À **Prof. Dra. RENATA CURI LABATE**, estimulando-me com seu sorriso e confiança construtivos;

À amiga e enfermeira **DANIELA MONTEIRO MANCINI**, por compartilhar as incertezas durante o caminho com tanta clareza.

DEDICATÓRIA

Aos queridos pais, Vicente e Arlete, bases sólidas do meu caminhar, minhas buscas, minhas conquistas.

Ao Thiago, pelo incentivo diário e vital para que eu vencesse cada etapa da construção deste trabalho.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 – INTRODUÇÃO..... 01

2 - REVISÃO DA LITERATURA..... 07

3 - OBJETIVOS..... 24

4 - METODOLOGIA..... 26

4.1 – Tipo de Pesquisa..... 27

4.2 – Suporte Teórico para o Instrumento..... 29

4.3 – O Instrumento para Pesquisa..... 44

4.4 – Contexto do Estudo..... 46

4.5 – Escolha dos Sujeitos..... 50

4.6 – Coleta de dados..... 51

4.7 – Procedimentos para Análise de Dados..... 53

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 55

5.1 – Apresentação dos Sujeitos..... 56

5.2 –Resultados da utilização do modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas da NANDA, adaptado para um serviço de reabilitação psicossocial..... 74

5.3 – Reflexão sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico em um serviço de reabilitação psicossocial na implantação da sistematização da assistência de enfermagem..... 87

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 92

7 – ANEXOS..... 95

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 104

7 – APÊNDICE

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Composição dos Profissionais de Nível Superior do Ambulatório de Saúde Mental..... 48

Tabela 2 – Composição da Equipe de Apoio do Ambulatório de Saúde Mental..... 48

RESUMO

TOLEDO, V. P. Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica em um serviço de reabilitação psicossocial. 2004. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Face às modificações na assistência institucional ao paciente psiquiátrico, através de tratamento sem a internação em hospital, nova postura é exigida dos profissionais de saúde que prestam assistência a essa clientela, como é o caso do enfermeiro. Assim, o objetivo deste trabalho é enfatizar a importância da sistematização da assistência de enfermagem, também na área da saúde mental, como um recurso a mais para aprofundar o conhecimento das condições de saúde física e emocional do paciente em busca de reabilitação psicossocial. Para tanto, foi utilizado um instrumento para abordagem qualitativa de sete sujeitos, contendo histórico de enfermagem baseado nos nove padrões de reações humanas da NANDA – North American Nursing Diagnosis Association, que contemplam os âmbitos psicossocial, fisiológico, econômico e cultural do ser humano, adaptado para o serviço de reabilitação psicossocial. Todos os sujeitos são pacientes de centro de saúde mental, provenientes de unidades básicas de saúde do município de Araras – SP e ex-internos da clínica psiquiátrica Antonio Luiz Sayão, da mesma cidade, por motivo de alta hospitalar. O histórico de enfermagem favorece a prestação de cuidado individualizado e qualificado e vem sendo utilizado há três anos no Centro Universitário Hermínio Ometto – Uniararas, na disciplina de semiologia e semiotécnica. Quatro categorias foram enfocadas na análise dos dados – histórico de enfermagem (com as condições relevantes sobre o estado de saúde dos sujeitos), diagnósticos de enfermagem

prioritários para a reabilitação psicossocial, síntese das intervenções de enfermagem propostas e, a avaliação do obtido com as intervenções operadas. Foi possível constatar que o processo proposto promove atuação mais eficaz do enfermeiro e vislumbra uma práxis mais consciente nessa área da assistência à saúde, ao possibilitar-lhe melhor conhecimento daquele a quem direciona seu cuidado e, consequentemente, mais subsídios para auxiliá-lo na almejada trajetória rumo à retomada do exercício de sua cidadania. Quanto ao aprimoramento de sua prática profissional recomenda-se que o enfermeiro busque na educação continuada suprir as falhas na sua ação.

Palavras chaves: sistematização da assistência de enfermagem, enfermagem psiquiátrica, reabilitação psicossocial.

ABSTRACT

TOLEDO, V. P. Psychiatric nursing systhemic framework for patient´s social rehabilitation. 2004. Doctorate Thesis – School of Nursing of Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto.

In face of the institutional changes concerning the assistance to psychiatric patients, new stance is demanded on the part of health professionals for the rehabilitation of this clientele. Thus the purpose of this work is to emphasize the importance of a nursing systhemic framework specially addressed to the area of psychiatric nursing. Through the application of an instrument to evaluate the patient mental and physical status – based on the NANDA nine standard human reactions, including psychological, social, physical, economical and cultural domains, adapted for patient rehabilitation, seven subjects were interviewed on the basis of qualitative approach. All of them were patients from a mental health center in Araras, São Paulo, Brazil, and had been in-patients in a psychiatric clinic in the same city. The instrument provides means to raise patients' background aiming a qualified and individualized care and has been used since 1999 at the Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS – in the discipline of semiology. Four categoies were focused for data analysis: patients' background, nursing diagnosis (aiming the most important interventions proposed for patients' rehabilitation, synthesis of the actions proposed and evalution of the success or failure of such actions. It was observed that the instrument can improve nurses' help to psychiatric patients and that continued education is the best tool to supply nurses' lack of knowledge concerning areas other than nursing itself.

Key words: nursing systhemic framework, Psychiatric nursing, patient rehabilitation.

RESUMEN

TOLEDO, V. P. Sistematización de la asistencia de enfermería psiquiátrica en un servicio de rehabilitacíon psico-social. 2004. La Tese de Doctorado – La Escuela de Enfermerìa de Ribeiròn Preto, Universidad de San Paulo, Ribeiròn Preto.

Por causa de las modificaciones en la asistencia institucional al paciente psiquiátrico, a través de tratamiento sin internación en hospital, nueva postura es exigida a los profesionales de salud que prestan asistencia a esos pacientes, como es el caso del enfermero. Por consiguiente, el objetivo de este trabajo es enfatizar la importancia de la sistematización de la asistencia de enfermería también en el área de la salud mental, como un recurso más para profundizar el conocimiento de las condiciones de salud física y emocional del paciente en busca de rehabilitación psico-social.

Para tal fin, fue utilizado un instrumento para abordaje cualitativa de siete sujetos, presentando histórico de enfermería basado en los nueve padrones de reacciones humanas de la NANDA – North American Nursing Diagnosis Association -, que contemplan los ámbitos psico-social, fisiológico, económico y cultural del ser humano, adaptado para el servicio de rehabilitación psico-social. Todos los sujetos son pacientes del centro de salud mental provenientes de unidades básicas de salud del municipio de Araras – SP y ex-internos de la clínica psiquiátrica Antonio Luiz Sayão, de la misma ciudad, por motivo de alta hospitalar. El histórico de enfermería mencionado favorece la prestación de cuidado individualizado y calificado y que se utiliza hace tres años en el Centro Universitario Herminio Ometto – Uniararas, en la asignatura de semiología y semiotécnica.

Cuatro categorías fueron enfocadas en el análisis de los datos – histórico de enfermería (con las condiciones relevantes sobre el estado de salud de los sujetos), diagnósticos de enfermería prioritarios para la rehabilitación psico-social, síntesis de las intervenciones de enfermería propuestas y, por último, la evaluación de lo obtenido con las intervenciones operadas. Fue posible constatar que el proceso propuesto promueve la actuación más eficaz del enfermero y vislumbra una praxis más amplia en esta área de asistencia a la salud, al posibilitarle mejor conocimiento de aquél a quien direcciona sus cuidados y consecuentemente, más subsidios para auxiliarlo en la anhelada trayectoria rumbo a la retomada del ejercicio de su ciudadanía. En cuanto al aprimoramiento de su práctica profesional es necesario que el enfermero busque en la educación continuada suplir las fallas en su acción.

Palabras claves: Sistematización de la asistencia de enfermería, enfermería psiquiátrica, rehabilitacíon psico-social.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Há alguns anos como docentes no curso de Enfermagem, pudemos compartilhar experiências em dois ramos do conhecimento, Semiologia e Semiotécnica, de um lado, e Enfermagem Psiquiátrica, de outro, disciplinas que, ao nosso ver, deveriam obrigatoriamente caminhar juntas convergindo para a construção de um conhecimento uniforme no que se refere à práxis.

Nossa inquietação prende-se ao fato de o enfermeiro que atua em enfermagem psiquiátrica e saúde mental não despender esforços para que haja a sistematização do seu trabalho e para que este seja cientificamente fundamentado na enfermagem como profissão, caracterizando a relevância do cuidado ao doente mental, favorecendo a reabilitação psicossocial.

De fato, a assistência em enfermagem psiquiátrica e à saúde mental necessita de métodos de trabalho que, para nós, consistem na sistematização da assistência. Para Iyer et al (1993), trata-se do alcance concreto e efetivo das atividades de enfermagem.

Destacamos George (2000), quando conclui que o processo de enfermagem oferece ordem e direcionamento ao cuidado prestado, constituindo a essência da prática da enfermagem, instrumento e metodologia para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões, prevendo e avaliando as conseqüências das intervenções, além

de proporcionar ao paciente o que de fato é de competência e responsabilidade do enfermeiro, o pano de fundo para sua prática profissional.

Essa sistematização da assistência de enfermagem tem sido proposta em cinco fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação do cuidado prestado ao paciente.

Para Iyer et al (1993) e George (2000), é através dessas cinco fases que a enfermagem pode definir seu verdadeiro papel junto ao doente mental e os outros profissionais da equipe de saúde.

Para tanto, torna-se indispensável que o enfermeiro que atua em psiquiatria e saúde mental conheça todo o aparato teórico dos campos da semiologia e da semiotécnica e as patologias e procedimentos técnicos indispensáveis nas ações de enfermagem inseridas no contexto dos serviços psiquiátricos.

Toledo (2000) enfatiza que é necessário que a enfermagem psiquiátrica construa o seu futuro com base em metodologias inovadoras, que gerem reflexões sobre o "por quê fazer" e "o que fazer", retomando acontecimentos ao longo de sua história, que privilegiam o paradigma do "como fazer", sem deixar de lado uma prática liberal, autônoma e que utiliza a criatividade em todos os momentos de sua atuação, assumindo definitivamente a integralidade do cuidado à saúde mental.

Assim, destacamos Pitta (1996) que cita a necessidade de diferenciar reabilitação psicossocial e tratamento, pois acredita que o último está relacionado apenas à remoção de sintomas, ao passo que a primeira corrobora na aquisição de habilidades funcionais que capacitam o sujeito a viver o mais independentemente possível. Para tanto, a autora enfatiza a vontade política, e atitudes estratégica,

compreensiva, complexa e delicada com indivíduos fragilizados, em termos de sociabilidade desejável.

Há que se abandonar a fragmentação do cuidado ao doente mental, pautado pelo modelo de assistência que enfoca a doença e não os reais potenciais de reabilitação, para abraçar um método que sistematize o processo de trabalho, e permita ao profissional estabelecer e aplicar critérios produtivos em sua atuação.

Em relação à postura dos profissionais de saúde no contexto do modelo biomédico de assistência ao doente mental, presos ao cientificismo, como se "fugissem" da configuração política de sua práxis. A conseqüência é a permanência das medidas de controle terapêutico enfocando o indivíduo doente mental como frágil e ignorante, causador de desconforto à sociedade. Dessa forma consolida-se mais e mais o rigor disciplinar, a vigilância e a repressão.

Então, de acordo com Pitta (1996), o processo de reabilitação psicossocial seria uma reconstrução, um exercício pleno de cidadania, atrelado à existência de uma contratualidade no que diz respeito ao habitat, à rede social e ao trabalho com reconhecimento social, em contraposição ao paradigma do adestramento físico e mental do doente mental.

Para que possamos estabelecer a sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica é de vital importância que o enfermeiro abandone muitos dos pressupostos teórico-práticos do modelo biomédico, de modo a enterrar preconceitos antigos, inserindo-se num modelo mais arrojado, que lhe permita a visualização de seus esforços (fundamentados cientificamente) como estratégias para a reabilitação psicossocial do doente mental.

Hirdes (2001) enfatiza que a reabilitação psicossocial é um processo complexo que envolve duas instâncias: a micro, que corresponde aos aspectos individuais, familiares e institucionais, e a macro, que engloba a comunidade e as políticas de saúde mental, para propor desafios e contornar obstáculos. Dessa forma, para a autora, a reabilitação psicossocial é um conjunto de ações recheado de possibilidades, porém sua complexidade se deve ao fato de não haver respostas prontas, acabadas e fechadas.

A partir dessa característica de complexidade proposta por Hirdes (2001), destacamos a importância dos estudos que visem a utilização de modelos a serem aplicados no contexto real dos serviços e das equipes que buscam a reabilitação psicossocial como objetivo prioritário das ações de enfermagem.

De acordo com Amarante (1997), devemos romper com a tradição de recorrer à sociedade somente em busca de apoio nas situações de crise e, estabelecer uma parceria contínua de participações regulares na construção de projetos de transformação.

Assim, o enfermeiro pode lançar mão de recursos na comunidade que visem a transformação dos paradigmas estabelecidos ao longo dos anos em relação à loucura, ao louco e ao doente mental, sendo um elo entre os serviços de saúde e os recursos existentes na comunidade. Essa relação pode conduzir à superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos, para que então a sociedade seja capaz de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados, essência da assistência de enfermagem (Amarante,1997).

Atuando como docentes nas disciplinas de Semiologia e Semiotécnica aplicada à Enfermagem e Enfermagem Psiquiátrica, num Centro Universitário, pudemos levar

adiante nossas indagações, no sentido de viver a experiência de uma proposta de união entre esses dois ramos do conhecimento. A utilização dos pressupostos da Sistematização da Assistência de Enfermagem, incluindo sua aplicação junto com os alunos do 2º e 3º anos de graduação, em todas as fases do processo de trabalho em enfermagem, vem reforçar a preocupação com a formação e com o desempenho desses futuros profissionais.

Decidimos, então, não só descrever a experiência vivida, como também aprofundar o olhar dirigido à criação de um método de assistência psiquiátrica que contribua para: delimitar o papel do enfermeiro na equipe de assistência psiquiátrica e de saúde mental; o avanço profissional do enfermeiro que atua em psiquiatria e saúde mental; no que diz respeito à implementação de estratégias para a reabilitação psicossocial do doente mental e o desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica num contexto social, político e econômico.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

O Processo de Enfermagem consiste de uma ampla estrutura teórica em que, segundo Iyer et al (1993), a enfermagem se apóia. Além da aplicação dessa estrutura teórica à prática da enfermagem, exige-se do enfermeiro a capacidade de solucionar problemas, habilidades cognitivas e técnicas interpessoais para promover o bem estar do doente mental, familiares e comunidade.

Maslow apud Horta (1979) embasa a motivação humana na satisfação de suas necessidades básicas, que se apresentam numa hierarquia de cinco níveis, a saber: necessidades fisiológicas, necessidade de segurança, necessidade de amor, necessidade de estima, necessidade de auto-realização.

Assim sendo, um indivíduo está sempre visando um patamar acima daquele em que se viu satisfeito. Em se tratando da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve ser capaz de favorecer a motivação individual do doente mental para que ele consiga saltar de um nível para outro, no contexto familiar e da comunidade, levando em consideração os pressupostos teóricos da reabilitação psicossocial.

Concordamos com Travelbee (1982), para quem o marco terapêutico do enfermeiro psiquiátrico são as atividades que realiza para que o paciente se desenvolva como pessoa, no sentido de respeitar a si e aos outros, através do relacionamento interpessoal, sentido-se parte de uma comunidade. Dessa forma, a autora define a enfermagem psiquiátrica como um processo interpessoal, através do

qual o enfermeiro psiquiátrico direciona uma pessoa, uma família ou uma comunidade à compreensão das experiências relacionadas ao sofrimento mental, às ações de prevenção e cura.

Scatena (2000) afirma que a reabilitação psicossocial é um processo de atenção ao doente mental, quer em situações de crise aguda da doença, quer nos diferentes graus de autonomia, não pensando na capacidade do paciente para retornar ao que era antes da doença mental, mas no seu desenvolvimento, obedecendo e respeitando as possibilidades individuais, no que se refere a sua vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação em longo prazo, contando, é claro, com apoio que favoreça-lhe a reinserção social.

Para Pitta (1996), a reabilitação psicossocial implica a ética e a solidariedade, que instrumentalizem os sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, em face de transtornos mentais severos e persistentes. O aumento da contratualidade afetiva, social e econômica sugere um nível satisfatório de autonomia para a vida na comunidade.

A organização do processo de enfermagem em cinco fases objetiva facilitar sua compreensão, pois entendemos que as fases são inter - relacionadas e interdependentes.

O histórico de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de enfermagem e seu objetivo principal é o de coleta dos dados, que ocorre através de dois procedimentos indispensáveis: a entrevista e o exame físico do doente mental. O propósito da realização do histórico de enfermagem é de identificação das necessidades, problemas e preocupações do paciente em face de suas próprias reações humanas, que podem apresentar-se com níveis variados de alteração.

A entrevista complementa o exame físico e psíquico, de maneira a possibilitar ao enfermeiro uma boa atuação em psiquiatria e saúde mental, além de maior conhecimento do processo de enfermagem. Sendo assim, mencionamos Taborda (1996), que enfatiza que a variável social age como um pano de fundo em que se desenvolve a situação de doença mental, com as implicações familiares, interpessoais e econômicas, servindo de elemento fundamental para o manejo do paciente.

Nas palavras de Iyer et al (1993), existem vários critérios para a realização de exame físico pela equipe de enfermagem. A coleta de dados inserida no histórico de enfermagem pode ser através de: - avaliação da cabeça aos pés, ou seja, exame físico realizado desde os fios de cabelo até os dedos dos pés, sem a exigência de um método definido para agrupamento desses dados, necessários para a elaboração do diagnóstico de enfermagem; - avaliação por sistemas do corpo, cujo modelo é fragmentado, no sentido de repartir o todo em partes que correspondem aos sistemas do corpo; - avaliação por padrão funcional de saúde, que é um modelo menos fragmentado, que propicia a visão do todo, porém preconiza a subdivisão dos dados em padrões elaborados a partir das funções de saúde do organismo; e - avaliação por padrão de reação humana, que vem a ser a modalidade de exame físico pela qual optamos, por ser considerada holística e ecológica, pois valoriza o ser humano e o encara segundo as reações provocadas nele pelo meio ambiente.

Consideramos que esse critério de examinar um doente mental pela avaliação das suas reações humanas frente à satisfação de suas necessidades básicas compreende não só o contingente afetado, como também mostra o seu potencial que permanece sadio, facilitando as intervenções do enfermeiro para conduzi-lo à reabilitação psicossocial. As reações humanas são dinâmicas e se modificam à

medida que o doente mental e a família evoluem para melhor interação com o ambiente, uma vez preenchidas suas necessidades básicas.

Conforme citam Cruz et al (1991), foi realizada em 1973, nos Estados Unidos, a primeira Conferência Nacional de Diagnósticos de Enfermagem, congregando os enfermeiros norte americanos na tentativa de adotar uma terminologia profissional que descrevesse os fenômenos clínicos com os quais a enfermeira se depara no seu cotidiano profissional. Essa conferência deu início a uma comissão que foi precursora da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que somente em 1982 foi realmente instalada.

Em 1986, na 7ª Conferência da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem, foi aprovado o termo “Padrão das Reações Humanas” para substituir outro já existente, chamado “Nove Padrões de Unidade do Homem”, base conceitual para o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem desde a 5ª Conferência presidida por Sister Callista Roy, em 1982, quando nove categorias taxonômicas foram criadas e são usadas até hoje (NANDA, 2002), tendo como objetivo, de acordo com Cruz (1995), indentificar e classificar os diagnósticos de enfermagem, antigamente chamados problemas de enfermagem. Assim os padrões das reações humanas, desde a década de oitenta, constituem oficialmente a base conceitual para a organização dos diagnósticos de enfermagem.

No Brasil, na década de 60, surge Horta (1967), que reconheceu o diagnóstico de enfermagem como atividade a ser desenvolvida, para a identificação da necessidade básica alterada e a determinação do grau de dependência da enfermagem para seu atendimento em natureza e extensão. No entanto, porém as alterações das

necessidades básicas não chegaram a ser categorizadas, como Horta (1972) considerava necessário.

Segundo Cruz (1995), o fato de o tema diagnóstico de enfermagem ter sido deixado de lado pela enfermagem brasileira até o final da década de 80, (observando-se um espaço de cerca de vinte anos) é atribuído às dificuldades de operacionalizar o diagnóstico de enfermagem de Horta.

A interpretação das reações humanas é uma tentativa complexa, em que o principal fator de influência é que nenhum ser humano consegue totalmente saber ou compreender tudo o que se passa com o outro (Lunney, 2001).

O critério de avaliação dos padrões de reações humanas, conforme estabelece Carpenito (2002), está subdividido em nove padrões, a partir das trocas fisiológicas existentes entre o organismo do indivíduo e o meio ambiente, e envolve o dar e o receber recíproco. Observamos, dessa forma, a troca cardíaca periférica, a cerebral, a integridade da pele, a oxigenação, a regulagem física, a nutrição e as eliminações renal e intestinal.

Outro padrão de reação humana, o de comunicar, envolve o envio de mensagens verbais e não verbais, sendo que o de relacionar (se) envolve o estabelecimento de vínculos do paciente com outras pessoas, favorecendo a compreensão das variáveis de socialização, os papéis sociais por ele desempenhados e os padrões de sua sexualidade.

No padrão intitulado valorizar são promovidas indagações que possibilitam o conhecimento das variáveis referentes ao estado espiritual da pessoa, suas práticas religiosas e culturais, além do julgamento sobre o significado e a importância dos acontecimentos em sua vida.

Percorrendo o padrão escolher, pode-se tomar conhecimento da seleção de alternativas ou da tomada de decisões sobre determinadas situações vividas pelo paciente, compreendendo as variáveis referentes a sua habilidade de participação e adaptação em termos individual, familiar e comunitário, no sentido de assumir comportamentos que favoreçam sua saúde física e psíquica.

A capacidade do paciente de tomar decisões construtivas e adaptadas e a de compreender os fatos e extrair conclusões constituem o julgamento, segundo Stuart & Laraia (2001).

No padrão movimentar estão envolvidas as atividades físicas, abrangendo as variáveis da atividade psicomotora e social, repouso, recreação, manutenção do lar e da saúde, além do autocuidado com alimentação, higiene, vestir-se e arrumar-se.

O padrão perceber envolve a recepção de informações, ou seja, quanto o paciente é capaz de apreender da realidade vivida, com vistas a estabelecer seu autoconceito, o sentido de sua vida. É enfocado o estado em que se encontra sua percepção sensorial e seus órgãos do sentido, além da sua permanência em ambiente restrito, como o de isolamentos, cuidado intensivo, repouso, internações psiquiátricas e experiências de queda ou outras em que se viu distante do convívio social.

No padrão conhecer pode ser avaliado o quanto o paciente conhece efetivamente de sua doença, seu histórico de saúde, medicamentos de que faz uso, fatores de risco, processos de pensamento, memória, atenção, insight, informações e inteligência.

Sentir envolve o conhecimento subjetivo de uma informação, englobando as variáveis referentes à dor e à integridade emocional do paciente.

Ao final deste processo, obtém-se o conhecimento integral e acurado do estado de saúde do paciente, numa análise global de seus problemas, sem fragmentar seus padrões fisiológicos e psíquicos, o que possibilita ao enfermeiro diagnosticar-lhe as carências, planejar, efetivar e avaliar as ações de enfermagem, visando a reabilitação psicossocial como um todo.

Concordamos com Lunney (2001) quando enfatiza a complexidade da fase de coleta de dados do paciente realizada pelo enfermeiro, pois considera os dados como pistas sobre o estado de saúde, susceptíveis às impressões e percepções do enfermeiro, que pode inferir conclusões de acordo com o tipo de dado que apura. Então é importante compreender que reações humanas são as experiências subjetivas que os pacientes compartilham com os enfermeiros, caso este último faça perguntas e comentários adequados acerca do estado de saúde do paciente, mostrando seu interesse pelo assunto e fomentando a confiabilidade na relação enfermeiro – paciente.

A autora enfatiza ainda a necessidade da comunicação terapêutica permear a relação com o paciente, para que os enfermeiros possam coletar dados fidedignos e que relacionem verdadeiramente as experiências atuais do paciente durante as entrevistas, pois, para Lunney (2001), os pacientes não compartilham informações significativas com os enfermeiros, a menos que estes estabeleçam um clima de confiança, aberto à manifestação de pensamentos e emoções.

A partir da coleta de todos os dados no processo de enfermagem, feita através do histórico de enfermagem, passamos à segunda etapa da sistematização da assistência de enfermagem, que consta do estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem é definido por Iyer et al (1993) como a identificação de problemas reais ou potenciais no estado de saúde do paciente, que devem ser assistidos através das funções independentes e exclusivas de enfermagem, que definem e confirmam os elementos da atividade da enfermagem.

Na obtenção do histórico de enfermagem, durante a realização da entrevista e do exame físico por padrões de reações humanas, ocorre continuamente o processamento intelectual dos dados pelo enfermeiro, que os classifica, interpreta e confirma a partir do diagnóstico de enfermagem.

De acordo com Iyer et al (1993), existem vários problemas, como os de comunicação, retenção de informações, distrações e interrupções, que interferem durante a entrevista e o exame físico, causando imprecisão no processo de diagnóstico de enfermagem.

Portanto, destacamos a importância de o enfermeiro manter uma comunicação eficaz com o paciente, não deixando de lado o estabelecimento de vínculos, para que haja uma relação interpessoal com confiança e segurança. Assim, o paciente pode falar de si e de seus problemas, com leveza e tranqüilidade, depositando cada vez mais credibilidade na assistência de enfermagem, aumentando suas chances de reabilitação psicossocial.

Como cita Cruz (1995), a habilidade para diagnosticar pode ser entendida como atividade subsidiária ao desempenho do papel de quem a utiliza – no caso, o enfermeiro -mas não menos importante, pois nela suas funções se fundamentam.

O diagnóstico de enfermagem é definido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2002) como "um julgamento clínico acerca das reações de um indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de

saúde ou a processos de vida e constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem".

Para Saraceno (1999), a reabilitação psicossocial é complexa e vai além da reabilitação física, pois busca aumentar as habilidades e diminuir as deficiências do paciente.

Por todo o exposto, infere-se que o enfermeiro, através do processo e diagnóstico de enfermagem, pode conhecer e trabalhar em conjunto com o paciente, para então oferecer-lhe reais caminhos para sua plenitude como ser e cidadão.

Tomando por base o estudo de Peplau (1952), Interpersonal Relation in Nursing, verifica-se que a função do enfermeiro psiquiátrico é, sobretudo, seu relacionamento com a pessoa que está necessitando de cuidados, devendo, para tanto, estar preparado para conhecer e atender as necessidades do paciente.

Para Travelbee (1982), a essência da enfermagem psiquiátrica é a relação interpessoal caracterizada por um processo de comunicação mútua entre o enfermeiro e o paciente, com conteúdo voltado para os problemas do paciente com suas relações em termos de aqui e agora. Somente se houver interação, pode o enfermeiro ajudar o paciente na identificação de suas necessidades ou dificuldades, aperfeiçoando formas para uma assistência de enfermagem eficaz.

Percebemos a necessidade do "envolvimento" não só da equipe, mas principalmente do enfermeiro, no que diz respeito à reabilitação psicossocial do doente mental, visto que é o profissional que está presente nas 24 horas da internação ou no acompanhamento das diferentes modalidades de assistência ao paciente. É um dos que podem contribuir para a redução da sobrecarga do modelo manicomial em anos de vida numa instituição.

Além do mais, na percepção de Furegato (1999), o enfermeiro assume uma postura humanista de assistência, quando se torna capaz de determinar um cuidado centrado nas reais necessidades da pessoa que sofre.

Dessa forma, então, é possível ao enfermeiro favorecer a substituição progressiva dos recursos manicomiais por estratégias de cuidado integral de enfermagem, composto de serviços diversificados, regionalizados e integrados à rede global de recursos sociais e comunitários direcionados ao doente mental. Só assim serão preservados os direitos humanos e de cidadania do usuário dos serviços de saúde mental e enfraquecidos os desgastados modelos tradicionais.

Sabemos que é preciso qualificar o enfermeiro que atua em psiquiatria e saúde mental para que não ocorra a repetição de propostas que mantêm somente uma estrutura física diferenciada do antigo manicômio.

A qualificação permite ao enfermeiro uma prática humanista, criativa e solidária que, conforme prega Oliveira (1999), acena para o resgate da subjetividade do sujeito, isto é, a mudança do olhar clínico para um olhar compreensivo. Esse olhar compreensivo leva o enfermeiro a desenvolver cuidados específicos para a inclusão do doente mental em espaços sociais alternativos ao hospital psiquiátrico, nos quais ele possa vivenciar relações de troca mútua, estabelecer vínculos afetivos, retomando e exercendo cada vez mais sua cidadania.

Após o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem passa-se à terceira fase da sistematização da assistência de enfermagem, que se resume no planejamento, ou seja, o plano individual de reabilitação psicossocial, que contém as prescrições de enfermagem elaboradas de acordo com cada diagnóstico de

enfermagem decorrente dos problemas detectados no estado de saúde do paciente, a partir do histórico de enfermagem.

Concordamos com Iyer et al (1993), quando se referem à etapa do planejamento das intervenções de enfermagem como consistindo das decisões tomadas pelo enfermeiro, no sentido de estabelecer estratégias específicas para a promoção, manutenção ou restauração da saúde do paciente.

É importante caracterizar o aspecto lento e progressivo da reabilitação psicossocial, daí a necessidade de envolver o paciente na etapa do planejamento, para que haja sua participação e envolvimento nas ações de enfermagem que serão propostas. O desenvolvimento dessas ações visa o alcance de metas que devem ser estabelecidas pelo enfermeiro e pelo paciente e executadas não só no serviço, mas principalmente numa abrangência que vai além dos muros do serviço de reabilitação psicossocial, chegando até a comunidade e finalmente refletindo na conquista da cidadania do doente mental.

Sendo assim, ressaltamos que o enfermeiro necessita prever alternativas apropriadas para elaborar um planejamento de intervenções em que toda a equipe de enfermagem deverá despender esforços criativos para que, com base em conhecimentos técnicos e científicos, consiga alcançar resultados positivos, partindo das habilidades e recursos do paciente.

É importante, para Iyer et al (1993), o planejamento de atividades que envolvam o desenvolvimento de estratégias para reforçar as reações saudáveis do paciente, além de prevenir, minimizar ou corrigir comprometimentos identificados através do diagnóstico de enfermagem.

Na etapa do planejamento, partindo do diagnóstico de enfermagem e do estabelecimento de prioridades de acordo com as necessidades básicas do paciente, o enfermeiro deve projetar os resultados, tidos como metas ou objetivos comportamentais a serem atingidos pelo paciente, direcionando possíveis propostas e cuidados de enfermagem, que posteriormente constam de ferramentas precisas para a etapa de avaliação do paciente e do processo de enfermagem.

Para tanto, deve-se estabelecer juntamente com o paciente as necessidades prioritárias dele, com o intuito de facilitar a efetivação da assistência a ser exercida por toda a equipe de enfermagem, visto que as intervenções de enfermagem descrevem a maneira pela qual o enfermeiro é capaz de auxiliar o paciente a alcançar os resultados pré-estabelecidos.

Sendo assim, o enfermeiro e o paciente tornam-se capazes de notar se a reação humana delineada no enunciado de diagnóstico de enfermagem necessita ser modificada, corrigida ou prevenida através dos resultados, que são tidos para ambos como metas ou objetivos comportamentais a serem desenvolvidos. Contudo, levam ao componente de avaliação do paciente e do processo de enfermagem, pois determinam a eficácia das intervenções de enfermagem planejadas previamente.

Para tanto, é importante que o resultado descreva um comportamento mensurável e observável pelo enfermeiro e pelo paciente, no sentido de esclarecer o que ambos farão, quando e quanto, considerando os recursos emocionais próprios do paciente. Não podemos deixar de lado a necessidade do estabelecimento de um tempo destinado a conquista do resultado ou pelo menos de sua reavaliação com o paciente sobre as metas e objetivos, no que se refere à reabilitação psicossocial.

A fase de implementação, para Iyer et al (1993), começa após a elaboração do plano de cuidados e focaliza o início das ações que auxiliam o cliente a obter os resultados desejados. Nesta fase o enfoque principal é a implantação das intervenções planejadas para satisfazer as necessidades físicas ou emocionais do cliente, envolvendo as ações independentes, dependentes e interdependentes.

Concordamos com George (2000), quando considera que a implementação é a real prestação de cuidados de enfermagem, ou seja, a colocação do plano de cuidados em ação para a obtenção das metas e objetivos definidos no planejamento realizado anteriormente de modo a modificar os fatores que contribuem para o problema do cliente. Os enfermeiros psiquiátricos podem implementar os planos de cuidado em todos os ambientes em que atuam, sejam clínicas psiquiátricas, hospital geral, serviços de reabilitação psicossocial, hospitais-dia, dentre outros, pois através do processo de enfermagem obtém-se a ferramenta que o enfermeiro necessita para sistematizar suas ações.

Na fase de implementação o enfermeiro deve proceder à documentação completa e exata dos acontecimentos ocorridos neste estágio, no sentido de registrar a reação do cliente ao plano. Para Iyer et al (1993), a avaliação da informação documentada auxilia na validação da evolução do cliente e no rumo à obtenção do resultado esperado.

Na fase de implementação ocorre, ainda segundo Iyer et al (1993), a preparação dos cuidados de enfermagem coerentes com as prioridades estabelecidas, fundamentados nos princípios científicos que regem a enfermagem e na individualização da assistência ao doente mental.

Dentre as estratégias de assistência de enfermagem ao doente mental está a garantia de um ambiente seguro para oportunidades de ensino-aprendizagem, de trocas, de comunicação intra e interpessoais, além da promoção da consolidação de suas relações saudáveis dentro da comunidade.

O plano de cuidados deve ser documentado e efetivamente comunicado para todos os outros membros da equipe de saúde mental, que deverão compartilhar as informações sobre as necessidades do doente mental, os resultados esperados pelo enfermeiro, além de participarem ativamente nas intervenções que são estipuladas para cada paciente.

Enfatizamos aqui que a contribuição vital para o sucesso do processo de reabilitação psicossocial é o empenho de toda a equipe em trabalhar em conjunto, procurando manter a harmonia não só técnica e científica, mas também ideológica e social, voltada para um molde antimanicomial.

No pensamento de Pitta (1996), a reabilitação psicossocial é intrínseca a uma "ética de solidariedade", que impulsiona aqueles indivíduos que apresentam dificuldades para os afazeres cotidianos à busca da satisfação de suas necessidades afetivas, sociais e econômicas e conseqüente autonomia para a vida em comunidade.

Para Scatena (2000), a reabilitação psicossocial vai além do ideário de "voltar ao estado anterior" e possui um caráter muito mais abrangente, visando o ensino-aprendizagem, o que seria um fato impossível sem o apoio da equipe multidisciplinar para oferecer e garantir ao doente mental o desenvolvimento das habilidades para reconquista de seu espaço na sociedade.

Na quinta fase do processo de enfermagem, o enfermeiro realiza a avaliação que, de acordo com Iyer et al (1993), é constante, ou seja, deve ocorrer durante toda

a intervenção de enfermagem e não só ao final do processo. Como já mencionamos anteriormente, essa divisão adveio por necessidade de clarificar o processo de enfermagem, sendo as cinco fases inter-relacionadas e interdependentes.

De acordo com Iyer et al (1993) a avaliação, embora seja a fase final do processo de enfermagem, constitui uma etapa integrante de cada fase anterior, caracterizando-se pela continuidade e formalidade.

O termo avaliação é comumente utilizado na descrição das decisões que o enfermeiro toma acerca da obtenção dos resultados pelo cliente. Sendo assim, o enfermeiro determina se o plano de cuidados é apropriado, realista, atual, ou se necessita de reexame; portanto, há uma comparação do estado de saúde do cliente com os resultados definidos pelo plano de cuidados.

Partindo das decisões tomadas a respeito de como o paciente evolui na obtenção dos resultados pré-estabelecidos, é que realizamos o processo de avaliação. O plano de cuidados vai sendo adaptado para satisfazer as especificidades de cada paciente a caminho de sua reabilitação psicossocial e para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem.

Desde 21 de janeiro de 2000 a Sistematização da Assistência de Enfermagem tornou-se obrigatória em todo o estado de São Paulo, de acordo com o determinado pela decisão DIR/SP – 008/99. Este documento incorpora o exercício profissional do enfermeiro, responsável pela implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. A fiscalização do COREN-SP continuará a priorizar, em seus trabalhos junto aos enfermeiros, o efetivo cumprimento da determinação ético-profissional, iniciando o resgate do verdadeiro papel que compete ao enfermeiro assumir.

Destacamos Iyer et al (1993) que enfatizam que a enfermagem é representada por três funções ou papéis básicos: independente, quando realiza funções referentes ao processo de enfermagem, desde o histórico de enfermagem até a avaliação, não requerendo influências ou comandos de outros profissionais; as funções interdependentes, que são aquelas executadas junto com outros membros da equipe de saúde; e as dependentes, ou seja, as atividades que o enfermeiro executa com base no comando de outros profissionais, como a administração de medicamentos ou tratamentos específicos.

Assim, o enfermeiro torna-se independente na coleta de dados sobre o estado de saúde do paciente durante a realização do exame físico e da entrevista, assume um trabalho intelectual e deliberativo, representado pela sistematização da assistência de enfermagem e, passa a ter uma função definida e clara na equipe multiprofissional, no que diz respeito à reabilitação psicossocial. Ele deixa de ser mero executor de tarefas e oferece sua contribuição efetiva como agente terapêutico para o plano de cuidado individual elaborado e executado pela equipe multiprofissional.

Concordamos com Stuart & Laraia (2001), que enfatizam as competências do enfermeiro psiquiátrico basicamente em três domínios: cuidados diretos, comunicação e manejo, delineando a prática da enfermagem psiquiátrica, conjuntamente com atividades educacionais, de coordenação, de delegação e de colaboração.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

- Utilizar o modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas da NANDA (North American Diagnoses Nursing Association), adaptado para um serviço de reabilitação psicossocial, com os objetivos de:

  A) Apresentar os resultados da utilização do modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas da NANDA (North American Diagnoses Nursing Association), adaptado para um serviço de reabilitação psicossocial.

  B) Refletir sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico em um serviço de reabilitação psicossocial, na implementação do modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas da NANDA.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE PESQUISA

Todo o caráter transformador do histórico de enfermagem, constante da primeira fase da sistematização da assistência de enfermagem, apóia-se na entrevista com o paciente, pois torna o exame físico um método flexível, que se molda de acordo com as necessidades de investigação do enfermeiro, já que é regido pelos padrões das reações humanas.

Minayo (2000) cita que a metodologia pode ser vista como o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade e consta do próprio processo através do qual os fenômenos se desenvolvem.

Concordamos com Leopardi et al (2001), que entendem a pesquisa qualitativa como um tipo de investigação que permite compreender um problema a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, dentro do contexto de sua vida diária, suas conquistas, desapontamentos, surpresas e tantas outras emoções, sentimentos e desejos. Assim, atentamos prioritariamente para o contexto social no qual o evento ocorre.

Durante a coleta de dados, por meio do exame físico e da entrevista, procuramos compreender aspectos emocionais do paciente, que transcendem os achados clínicos do exame físico.

A presente pesquisa é pautada por abordagem qualitativa, na tentativa de criar um método de trabalho para o enfermeiro psiquiátrico com interesse em sistematizar suas ações, priorizando a reabilitação psicossocial. Por este motivo, tomamos como base Minayo (2000), para quem este método é o que melhor responde às necessidades da investigação social, por vincular a teoria à prática. Para ela, a abordagem qualitativa requer fundamentalmente atitudes de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o paciente. A autora ressalta que o significado e a intencionalidade são elementos integrantes dos atos, das relações e das estruturas sociais, consideradas construções humanas significativas.

Minayo (2000) destaca que a abordagem dialética no campo da saúde é uma realidade complexa que sugere conhecimentos distintos e integrados, levando em conta a necessidade de compreender para transformar, no sentido de desafiar a prática, repensando-a continuamente.

Tendo em vista que a dialética permite decompor o todo em partes, para depois novamente recompô-las e chegar à totalidade, este é o caminho que julgamos conveniente para encontrar as estruturas que possibilitem uma visão globalizante do todo composto pela sistematização da assistência de enfermagem e a reabilitação psicossocial.

Foi a partir desse princípio metodológico que desenvolvemos esta pesquisa.

O princípio da totalidade, ainda segundo Minayo (2000), significa a compreensão das diferenças em uma totalidade parcial, que conduzem às conexões com a realidade, às bases da existência, além de determinar as condições e os efeitos das diversas manifestações. A lógica dialética introduz na compreensão da realidade

o princípio do conflito e da contradição como algo permanente, que explica a transformação.

Considerando que o método qualitativo é capaz de oferecer subsídios para melhor esclarecimento e apreensão dos dados, buscamos apoio teórico em Oliveira (1997), que defende os estudos exploratórios descritivos e ressalta que dão ênfase à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam ser modificadas e auxiliam na elaboração de alternativas que possam ser substituídas. Então, temos que o subsídio metodológico de que precisamos para a fundamentação deste estudo perpassa o campo da pesquisa exploratório descritiva.

Para Leopardi et al (2001), a pesquisa exploratória permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, diferencia-se da pesquisa diagnóstica, por apresentar sugestões e intervenções e não somente informações. Os estudos descritivos são caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações.

De acordo com Campos (2001), a pesquisa descritiva é aquela que busca conhecer, interpretar e descrever a realidade, sem nela interferir, procurando descobrir a freqüência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas, relações e conexões com outros fenômenos.

4.2. SUPORTE TEÓRICO PARA O INSTRUMENTO

O instrumento para coleta de dados utilizado consta do histórico de enfermagem que, com base no instrumento de Iyer et al (1993), e na nossa experiência acadêmica, favorece a prestação do cuidado individualizado e

qualificado, pois está baseado num método organizado e sistemático de inquirição e oferece fontes para a análise do estado de saúde do paciente e avaliação do procedimento técnico (Anexo A).

Utilizamos um modelo de histórico de enfermagem há cerca de três anos no Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS, que já trabalha com os conteúdos de Sistematização da Assistência de Enfermagem há sete anos, no qual ministramos aulas na disciplina de Semiologia e Semiotécnica. Todos os anos, este modelo passa por readaptações que a cada dia auxiliam na árdua tarefa de unir fundamentalmente os critérios que fazem parte do exame psíquico aos fatores que são contemplados no modelo de histórico de enfermagem utilizado.

Como esse modelo tem sido utilizado em hospital geral e vem sendo consolidado diariamente, resolvemos adaptá-lo para um serviço de reabilitação psicossocial, apresentando os pontos positivos e negativos de sua utilização e discutindo a atuação do enfermeiro psiquiátrico na implementação do mesmo.

Num primeiro momento, foi realizada uma análise das informações em cada item do roteiro de exame físico, priorizando os pressupostos teóricos do exame psíquico.

De acordo com Taborda (1996), o exame do estado mental é um corte transversal do funcionamento mental do paciente, no momento da entrevista, e caracteriza-se por dois objetivos essenciais, que enfatizam a possibilidade de realizarmos o diagnóstico de uma síndrome, além de servir como instrumento para a avaliação da evolução do paciente frente às intervenções de enfermagem.

Para o autor, o exame do estado mental consta da dinâmica inter - relacional dos mundos interno e externo, não só do paciente como do enfermeiro, sendo o

mundo externo um espaço onde ocorrem trocas, através das quais o paciente e o enfermeiro captam a realidade por meio das funções aferentes, processam as informações usando as funções centrais no seu mundo interno e respondem para o mundo externo novamente, através das funções eferentes. Então, a expressão e o comportamento do paciente oferecem dados para que o enfermeiro possa fazer inferências, pois as funções psíquicas que ele examina diretamente são as eferentes que constam da aparência geral, linguagem e da conação.

Utilizamos nossa experiência e conhecimento para que as informações obtidas no exame psíquico fossem compiladas e transcritas segundo os padrões das reações humanas.

Como mencionamos anteriormente, o modelo de histórico de enfermagem baseado no critério de avaliação por padrões de reações humanas inclui nove padrões que contemplam os âmbitos fisiológico, psicossocial, econômico e cultural do ser humano e tem como objetivo identificar as características que definem a natureza dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes estudados. È ele o suporte para o instrumento por nós utilizados e será descrito a seguir.

ROTEIRO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A - PADRÃO TROCAR:

A.1 - CARDÍACO - PERIFÉRICO - verifica a freqüência cardíaca e o ritmo (se regular ou irregular), identificando se há sintomas associados, como hipotensão ou tontura. Aferimos os níveis de pressão arterial no braço direito e no braço esquerdo, na altura do coração. Relacionamos o uso de medicamentos que interferem na

pressão arterial, freqüência e ritmo cardíaco. Verificamos o pulso radial e pedioso bilateral quanto à freqüência, ritmo, amplitude e simetria. Observamos se há veias visíveis nos membros inferiores, se há tortuosidades e dilatações. Reconhecemos a temperatura dos membros, coloração, edema e enchimento capilar. Pesquisamos se há baqueteamento ungueal.

A.2 - CEREBRAL - observamos o nível de consciência que, para Stuart & Laraia (2001), determina se o paciente apresenta-se confuso, sedado ou estuporoso. Realizamos questionamentos que nos dêem subsídios para avaliarmos a orientação do paciente no tempo (Que dia é hoje?), lugar (Onde você está agora?) e pessoa (Qual é seu nome?). Taborda (1996) enfatiza a necessidade de avaliarmos a circunferência craniana para sabermos se está dentro dos limites normais.

Destacamos a necessidade de determinarmos para cada paciente, a fotorreagência, a simetria e o diâmetro das pupilas, além da Escala de Coma de Glasgow, que permite verificar o nível de consciência do paciente.

Merece destaque em nossa discussão o conteúdo do pensamento, que, para Stuart & Laraia (2001), é o "significado específico expressado na comunicação do paciente".

Já Taborda (1996) enfoca a importância de observarmos se estão presentes as idéias de referência, obsessões ou medos, podendo aparecer os delírios que são crenças pessoais falsas e irredutíveis.

É através da fala do paciente que podemos perceber o delírio, pois somente através da análise do conteúdo da fala, é que temos condições de conhecer parte do mundo interno do paciente.

A.3 - OXIGENAÇÃO - estabelecemos a freqüência, o ritmo e a amplitude da respiração. Identificamos se a respiração do paciente é regular, superficial, moderada ou profunda. Avaliamos a expansibilidade e simetria do tórax, observando se o paciente necessita fazer força para respirar, utilizando-se de músculos acessórios. Realizamos a ausculta pulmonar, identificando sons adventícios, estertores, roncos e sibilos. Quando ocorrem alterações do padrão respiratório, como dispnéia e tosse, é necessária avaliação precisa dos fatores precipitantes, se há posição do corpo associada e produção de escarro.

A.4 - INTEGRIDADE DA PELE E TECIDOS - avaliamos se há prejuízos em membranas, mucosas e tecido subcutâneo, além de observarmos a hidratação, textura, turgor, elasticidade e mobilidade da pele e mucosa. Identificamos os tipos de lesões de pele, se há incisões cirúrgicas ou estomas. Verificamos as condições das unhas (incluindo a cor) e também a distribuição, a quantidade e a textura dos cabelos. Realizamos o exame das mamas, pesquisando o tamanho, a simetria e os mamilos em relação ao contorno, retração, lesões e secreções.

A.5 - REGULAGEM FÍSICA - identificamos a temperatura corporal e o exame dos linfonodos.

A.6 - NUTRIÇÃO - verificamos o peso, a altura e calculamos o índice de massa corpórea do paciente, além de procedermos às seguintes questões sobre o padrão alimentar do paciente:

* número de refeições diárias;

* o que bebe e come geralmente;

* quantidade de água que ingere;

* onde faz as refeições;

* realização de dietas específicas;

* alimentos preferidos;

* alimentos não tolerados;

* alergias aos alimentos;

* quantidade e freqüência da ingestão de cafeína ou álcool;

* mudanças no apetite percebidas ultimamente;

* náuseas e vômitos - fatores associados; e

* presença de sonda nasoenteral.

Avaliamos as condições da boca e da garganta, se o paciente tem paladar, é capaz de morder, mastigar, e deglutir, identificando dores na cavidade oral e halitose. Quanto aos dentes, no caso de uso de prótese, remoção e exame, identificando faltas de dentes, sensibilidade ao calor ou frio e fixação.

Outro ponto importante é o que Taborda (1996) chama de língua sulcada, que destacamos no padrão trocar nutrição, como um aspecto relevante no tocante à avaliação das anomalias físicas menores que podem aparecer nos doentes mentais.

A.7 - ELIMINAÇÃO INTESTINAL – temos de interrogar sobre o padrão normal de funcionamento intestinal: freqüência, consistência e cor das fezes, se usa algum medicamento, frutas, farelo ou suco de frutas para regular o intestino. Realizamos o exame do abdome, observando a superfície abdominal, o tamanho, o formato, o contorno e a simetria. A ausculta intestinal é feita antes da percussão e palpação, para não alterarmos os sons intestinais, determinando a sua freqüência, qualidade e altura.

A.8 - ELIMINAÇÃO RENAL - indagamos o número de vezes por dia que o paciente urina, se há alguma alteração no padrão normal, qual é a cor da urina, se é utilizado

cateter urinário, o débito urinário aproximado nas 24 horas. No exame físico identificamos se a bexiga se encontra distendida.

B - PADRÃO COMUNICAR:

É o padrão de reação humana que envolve o envio e o recebimento de mensagens verbais ou não.

A fala, segundo Stuart & Laraia (2001), pode ser analisada em termos de taxa ou velocidade, volume e características, como gagueira, sotaques incomuns, fala arrastada e quantidade (no sentido de ser escassa, fala pressionada ou mutismos). A língua dominante necessita ser identificada. Observamos se o paciente tem dificuldade para ler, escrever, entender ou falar português, especificando os fatores fisiológicos e psicológicos, dentre outros.

Para Taborda (1996), durante a realização da entrevista é necessário avaliarmos o ritmo da fala, se é lenta, rápida, fluente, contínua, se há salada de palavras, incluindo o tom de voz, se é suave, hesitante, irritado, exaltado ou rouco. O enfermeiro deve avaliar também se o conteúdo da fala está de acordo com o nível sócio econômico e o grau de instrução do paciente.

De acordo com Furegato (1999), as interferências no conteúdo das mensagens decorrem de: indisponibilidade para ouvir o paciente; dificuldades na associação realizada pelo enfermeiro entre o conteúdo psicológico da mensagem e com as comunicações não verbais que o acompanham; realização de duas ou mais perguntas ao mesmo tempo; ocupar a maior parte do tempo falando de si próprio, ou

demonstrar desinteresse, permanecendo calado, além de usar indevidamente o “por quê”, que denota investigação.

C - PADRÃO RELACIONAR:

É o padrão de reação humana que envolve o estabelecimento de vínculos com outras pessoas, compreendendo as variáveis de socialização, papéis sociais, sexualidade e inserção social como cidadão.

No que diz respeito ao papel que o paciente desenvolve na família, é preciso identificar o estado civil, idade, saúde e ocupação das pessoas significativas, número de filhos (nome e idade), quem toma as decisões em casa, quem cuida das crianças e se o paciente é responsável por outras pessoas da família. Questiona- se também se a doença alterou suas responsabilidades no que se refere ao seu papel de cônjuge, pai ou mãe, se se sente capaz de executar as tarefas que normalmente desempenha em casa, como encara as mudanças ocorridas devido à doença, se é arrimo de família, qual seu nível econômico, se recorre a alguém quando precisa de ajuda financeira, avaliando também as amizades e a rede de apoio. Também perguntamos como iniciou o namoro, por que casou, como percebe seu casamento, estabilidade da união, como vivenciou o nascimento dos filhos e a forma como exerce a função paterna.

Destaca Taborda (1996) que o impacto da doença nas relações interpessoais e as alterações de personalidade merecem destaque na avaliação do enfermeiro.

Quanto ao papel que o paciente desempenha no trabalho, identificar sua profissão, escolha profissional, grau de capacitação, estabilidade, aspirações, quantas horas por semana trabalha, se o serviço envolve atividade física árdua ou intensa

concentração e gasto de energia mental, se sente que sua ocupação é muito estressante ou o deixa exausto fisicamente, se leva serviço para casa. Indaga-se quanto ao gosto pelo trabalho ou aposentadoria, relação com os colegas, superiores e subordinados, para determinar os problemas ou preocupações relacionadas a esses aspectos.

Também se inclui no padrão relacionar, identificar como o paciente vive sua sexualidade, no tocante às dificuldades, limitações ou mudanças na atividade ou comportamento sexual.

De acordo com Taborda (1996), o enfermeiro deve indagar sobre o grau de satisfação com sua vida sexual e atitude perante o sexo. Se tem parceiro fixo e estável, se não tem, ou se são diversos, investigando também o modo com se relaciona com eles, se tem disfunções, parafilias e orientação sexual, além de doenças sexualmente transmissíveis.

Necessitamos indagar sobre o interesse sexual, se a doença e/ou tratamento trouxeram alguma mudança na atividade sexual, se o paciente apresenta alteração na estrutura ou função corporal, que possa interferir na função sexual, como: gravidez, parto recente, drogas, cirurgias, anomalia física e paralisias, entre outras. Levantamos o número de partos, cesáreas, abortos e ciclo menstrual.

D - PADRÃO VALORIZAR:

Envolve o julgamento sobre o significado ou a importância das situações vividas pelo paciente e compreende a variável referente ao estado espiritual da pessoa e suas práticas religiosas e culturais. Investiga-se a religião do paciente, suas

práticas religiosas, necessidade de conversar com o líder religioso, além da importância de ter um objeto religioso em seu poder durante a internação.

Identificamos se há dietas e tratamentos que são proibidos pela religião do paciente e, em caso positivo, conversamos a respeito de sua posição face à esse problema. Procuramos saber se durante a hospitalização será possível contribuir para que o paciente mantenha a prática religiosa. Observamos também se há demonstração de excessiva preocupação com o significado da vida ou da morte, se expressa conflito interno sobre sua crença, além do significado de seu sofrimento ou sua existência, considerando a doença como uma forma de punição.

E - PADRÃO ESCOLHER:

Envolve a seleção de alternativas ou a tomada de decisões sobre determinadas situações e compreende as variáveis referentes à participação e a adaptação individual, familiar e comunitária. No que diz respeito ao enfrentamento, ou seja, capacidade de solucionar problemas, estabelecemos interrogatório concentrado em como o paciente reage frente a situações problemáticas, se recorre a alguém, se tem facilidade ou dificuldade para aceitar a ajuda do outro e, caso dependa de alguém, como ele se relaciona com essa dependência.

Para Taborda (1996), o enfrentamento está ligado também ao fato do uso de álcool e drogas para alívio dos sintomas da doença mental.

Após conhecer as reações do paciente frente ao estresse, identificamos se ele desenvolve atitudes que levam à diminuição do estresse e quais são elas.

Com base nas escolhas sadias do paciente permanece a questão da participação, no sentido de obedecer a regimes passados e atuais de cuidados com a saúde.

Destacamos a posição de Stuart & Laraia (2001), que enfatizam a importância de avaliar o julgamento do paciente, ou seja, sua capacidade de tomar decisões construtivas e adaptadas, compreender os fatos, chegar a conclusões e relacioná-las entre si. O julgamento pode ser avaliado pela exploração do envolvimento do paciente em atividades, relacionamentos e escolhas ocupacionais.

Taborda (1996) defina o julgamento como o juízo crítico do paciente, a forma como ele encontra recursos de selecionar objetivos razoáveis, bem como os meios eficazes e socialmente aceitáveis para atingi-los. Destacando-se o fato de o paciente ser capaz de estabelecer prioridades, antecipar conseqüências, conseguir conduzir-se do acordo com seu julgamento e se há risco de comportamento impulsivo.

F - PADRÃO MOVIMENTAR:

Este padrão de respostas humanas trata das atividades desenvolvidas pelo paciente, englobando as variáveis de atividade física e social, repouso, recreação, manutenção do lar e da saúde e autocuidado com alimentação, higiene, vestir-se e arrumar-se. Identificamos se o paciente tem alguma história de incapacidade física, como: nível de atividade (se é letárgico, tenso, inquieto ou agitado), tipo de atividade, tiques, trejeitos faciais ou tremores, gestos incomuns ou maneirismos. Se algum desses interfere nas atividades de rotina. Indaga-se sobre as funções que são de responsabilidade do paciente, se sente cansaço ou fraqueza, sua disposição para a

realização de atividades diárias, assim como o tipo de exercício físico exigido no seu trabalho e se ele pratica esportes.

Há a necessidade de conhecermos os padrões de sono e, para tanto, indagamos sobre o número de horas que o paciente dorme por noite, se precisa de cochilos durante o dia, se sente descansado quando acorda, se utiliza algum medicamento que promova o sono, como também se é acometido por pesadelos ou tem dificuldade para dormir.

É necessário apurarmos se o paciente é envolvido com alguma atividade social e de lazer.

Como a manutenção do ambiente de saúde diz respeito ao tamanho e organização da casa, solicitamos que o paciente fale como é seu dia em relação ao planejamento e preparo de refeições, compras, limpeza, cuidados com crianças, pagamentos e trabalhos rotineiros. Inclui-se aqui se o paciente tem seguro de saúde, se visita o médico e o dentista.

No padrão movimentar destacamos também a aparência do paciente, que, de acordo com Stuart & Laraia (2001), "oferece uma imagem mental do paciente" e deve ser analisada através dos seguintes fatores: idade aparente, modo de vestir-se, asseio, postura, marcha, expressões faciais, contato visual, dilatação ou constrição das pupilas e o estado geral de saúde e nutrição. Além da aparência, investigamos o autocuidado do paciente quanto a executar atividades diárias independentes, se é capaz de alimentar-se e beber água sem auxílio, sua forma usual de banho, se necessita de auxílio, incluindo vestir e arrumar-se.

G - PADRÃO PERCEBER:

É o padrão de reação humana que envolve a recepção de informações. Solicita-se ao paciente que faça uma descrição do conceito que tem de si próprio, no que diz respeito ao tipo de pessoa que é, como se sente e percebe a sua relação com outras pessoas, gosto por si mesmo, a quê atribui sua doença e se consegue determinar os efeitos da doença no seu autoconceito.

Taborda (1996) enfatiza a importância de avaliarmos se há a despersonalização, isto é, a alteração da percepção de si próprio, manifestada por sentimentos de auto estranheza ou irrealidade.

Observamos se o paciente demonstra esperança ou desesperança em relação a sua reabilitação. Incluímos aqui a percepção sensorial do paciente, abrangendo: história de ambiente restrito e danos nos órgãos do sentido, como alterações perceptivas nos sistemas sensório visual, auditivo, olfativo, gustativo e tátil, além das percepções que Stuart & Laraia (2001) definem como alucinações, que são falsas impressões ou experiências sensoriais, e as ilusões, que são falsas percepções ou respostas falsas a um estímulo sensorial.

As ilusões, para Taborda (1996), são distorções perceptivas de imagens externas reais, sendo necessário que o enfermeiro esteja atento às manifestações não verbais, por exemplo as expressões faciais de quem esteja ouvindo ou vendo algo.

H - PADRÃO CONHECER:

Este padrão de reação humana está relacionado ao conhecimento apreendido pelo paciente em relação às situações vividas. Investigamos se ele possui um conhecimento correto acerca de seus problemas atuais de saúde; doenças; hospitalizações e cirurgias anteriores, e, ainda segundo Taborda (1996), o relato cronológico do surgimento dos sintomas e alterações comportamentais, fatores precipitantes, relações entre sintomas físicos e psíquicos, bem como nome, dosagem, freqüência e ação dos medicamentos de que faz uso atualmente. Reconhece-se os fatores de risco em seus hábitos de vida e histórico familiar para o desenvolvimento de doenças, investigando também a presença das patologias psiquiátricas ou não, dando ênfase à presença do suicídio ou tentativas, depressão, mania, esquizofrenia e alcoolismo em familiares próximos. Citamos aqui o que Stuart & Laraia (2001) chamam "processo de pensamento", que é o modo como o paciente se expressa: durante seu discurso podem ser observadas as formas ou padrões de verbalização, mantendo-se alerta quanto às pessoas, locais e tempo. Assim sendo, o processo de pensamento foi enquadrado neste padrão, porém não podemos nos esquecer de que sua avaliação deve ser feita através da fala do paciente.

A atenção, para Taborda (1996), condiciona a forma como o paciente apreende o mundo externo.

A memória do paciente pode ser investigada através de sua capacidade de recordar experiências imediatas, recentes e remotas. O insight, ainda segundo Stuart & Laraia (2001), é a capacidade do paciente de compreender a natureza de seu problema ou doença, se ele percebe-se doente, se identifica causas internas ou se

atribui seu problema a causas externas, ou nega sua patologia. As informações, a inteligência e a concentração do paciente podem ser avaliados através da determinação do grau de instrução, conhecimentos gerais e o uso do vocabulário, incluindo o nível de alfabetização, indagando-se sobre como foi sua escolaridade, se teve reprovações ou dificuldades. Taborda (1996) atenta para a importância de não confundir ignorância, pobreza e falta de oportunidades com retardo mental.

Para tanto, deve-se levar em conta a bagagem sócio-cultural do paciente, sendo que a capacidade de concentração e abstração pode ser testada solicitando a ele que explique uma série de provérbios antigos, do tipo: “pedra que rola não cria limo”, “melhor um pássaro na mão que dois voando”; ou que enumere semelhanças entre pares de objetos, como: bicicleta e ônibus, maçã e pêra, televisão e jornal. A descrição dessas estruturas indica um pensamento mais concreto e, portanto, devemos estar atentos à capacidade do paciente para estabelecer conexões e abstrações.

I - PADRÃO SENTIR:

Envolve a conscientização subjetiva de uma informação, compreendendo as variáveis referentes à dor e a integridade emocional. Identificamos se o paciente apresenta dor ou desconforto, delimitando o início, a localização, a duração, o tipo, a radiação, se há fatores associados, fatores agravantes e fatores aliviantes. Quanto à integridade emocional, devemos optar por indagações que favoreçam a fala sobre seu estado emocional preponderante, que reflete sua situação de vida. O humor pode ser avaliado com perguntas baseadas em como o paciente sente-se atualmente, ao

mesmo tempo em que se observa sentimentos de tristeza, medo, euforia e ansiedade, além de tomar conhecimento sobre recentes acontecimentos estressantes na vida pessoal, além de suas demonstrações de afeto que, para Stuart & Laraia (2001), representam o "tom emocional visível do paciente".

Taborda (1996) define afeto como uma manifestação externa da resposta emocional do paciente, o afeto pode expressar o humor - estado emocional de longa duração, - de aspecto interno. Nem sempre isso ocorre, pois o paciente pode tentar controlar a exteriorização de seus sentimentos. O autor ainda cita que o humor e o afeto devem ser examinados mediante a qualidade da manifestação, seja de medo, de ansiedade, de vergonha, de apatia, de exaltação, de irritabilidade. Quanto à intensidade, se é denso, superficial, indiferente, ou apropriado. Quanto à modulação, se o afeto está embotado ou rígido, se há discrepância e, quanto à estabilidade, há quanto tempo o paciente se encontra neste estado.

4.3 O INSTRUMENTO PARA PESQUISA

Para a construção do instrumento, passamos por um período de muita reflexão, para então determinarmos um método que oferecesse os subsídios necessários para que os padrões das reações humanas fossem abordados na íntegra com o paciente. Para tanto, optamos por fundamentar a entrevista e o exame físico nas bases técnicas da entrevista semi-estruturada.

O interesse neste tipo de entrevista tem por base o tipo de dados que ela fornece.

Acreditamos que esses dados, caracterizados pela subjetividade que permeia o histórico de enfermagem, ajudam a estabelecer diagnósticos de enfermagem mais precisos.

Concordamos com Minayo (2000), quando cita a necessidade do roteiro de entrevista como um instrumento capaz de direcionar uma conversa, ampliando, facilitando e aprofundando a comunicação com o paciente, fazendo com que a coleta de dados seja sempre uma situação de interação, na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Durante a interação, realizamos o histórico de enfermagem de acordo com os critérios de avaliação por padrão de reações humanas que, como já citamos, possibilitam uma complementação dos dados subjetivos colhidos durante a entrevista e uma visão ecológica do ser humano, abordando-o nos seus aspectos físicos, sociais, culturais, emocionais e econômicos.

Mesmo com um roteiro para a realização do histórico de enfermagem, a entrevista foi conduzida como uma conversa informal não investigativa; sendo assim, a ordem observada no roteiro não necessita ser mantida, para que essa conversa não pareça um interrogatório. Deve seguir os passos trazidos pelo paciente, devendo o enfermeiro concluir o preenchimento do histórico de enfermagem após a entrevista. Este aspecto evitou o preenchimento de dados erroneamente e favoreceu o estabelecimento de um clima de descontração e confiança com o paciente durante a entrevista.

O roteiro da entrevista abrange o histórico de enfermagem por padrão de reação humana, já descrito anteriormente, que proporciona oportunidades para indagações acerca do estado de saúde do paciente.

Além da observação e da entrevista semi-estruturada, efetuamos o exame físico e psíquico, que dá acesso a dados objetivos sobre o estado de saúde do paciente. Para Iyer et al (1993), a finalidade do exame físico, pelo enfermeiro, inclui a definição da reação do paciente frente ao processo da doença e conseqüente conhecimento principalmente das reações que são tratadas pelas intervenções de enfermagem. Junto a esse objetivo (que consideramos de relevância indiscutível), podemos citar outros, como o estabelecimento de dados úteis para a comparação, ao avaliarmos a eficácia das intervenções médicas e de enfermagem, incluindo a possibilidade de comprovarmos outras informações subjetivas da entrevista, através do exame físico.

4.4 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi conduzida num ambulatório de saúde mental de um município do interior paulista, cujas principais características são aqui relatadas de acordo com um manual de funcionamento que encontramos no decorrer deste estudo em um de nossos encontros com o coordenador do serviço. Trata-se do Ambulatório de Saúde Mental "Aguinaldo Bianchini", no município de Araras - S.P.

As ações de saúde mental desenvolvidas no planejamento de diretrizes do Serviço de Saúde Municipal de Araras visam responder as prerrogativas legais, de acordo com a Resolução de 02 de julho de 1992, que estabeleceu e aprovou normas

técnicas sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental do SUS/SP (Diário Oficial de 03 de julho de 1992 - Seção I, pág. 53/54).

Em 13 de dezembro de 1995, a Câmara Municipal de Araras aprovou a Lei de nº 2727, que criou junto à Secretaria Municipal de Saúde o “Serviço de Saúde Mental", que passou a integrar a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Araras no dia 11 de janeiro de 1996.

As diretrizes sistemáticas do serviço são caracterizadas pela atenção integral e educativa à saúde mental, priorizando níveis de atenção primário, secundário e terciário, integrando, assim, ações de profilaxia, prevenção e tratamento na área da saúde mental, enfatizando ações que enfocam a reabilitação psicossocial.

O horário de funcionamento do ambulatório é de segunda a sexta-feira, das 7:00 ás 17:00 horas.

Os atendimentos efetuados durante os três últimos meses, foram em média 450 por mês, sendo individuais e grupais de todos os profissionais.

A terapêutica ambulatorial conta com a atenção de equipe multiprofissional composta dos seguintes profissionais: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro, assistente social e neurologista, conforme apontam as tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Composição dos Profissionais de Nível Superior do Ambulatório de Saúde Mental

Profissionais de Nível Superior	Ano 1996	Ano 2003
Psiquiatra	01	04
Fisioterapeuta	-	01
Neurologista	01	01
Neuro-cirurgião	-	01
Neuro-pediatra	-	01
Assistente Social	01	01
Fonaudiólogo	04	04
Psicólogo	06	05
Enfermeiro	02	02
Terapeuta Ocupacional	01	02

Tabela 2 – Composição da Equipe de Apoio do Ambulatório de Saúde Mental

Equipe de Apoio	Ano 1996	Ano 2003
Auxiliar de Enfermagem	01	03
Auxiliar Administrativo	02	03
Auxiliar Geral	01	02

Os projetos que, na implantação do serviço, foram considerados prioritários, de acordo com o que consta no regimento de funcionamento do mesmo são: apoio de assistência aos pais; grupos operativos de familiares; grupos de orientação e aconselhamento às mães; grupo de promoção de ações de saúde; seminários (em creches, escolas, secretarias e associações); visitas e participação em eventos junto a entidades e instituições; intercâmbio com outros profissionais (dentistas, professores, otorrinolaringologistas, ortodontistas etc.); ações específicas para usuários; grupos para gestantes (incluindo adolescentes); grupos para pessoas que fazem uso abusivo

de substâncias tóxicas e alcoolismo; grupos de pessoas com problemas psicossomáticos; ações de grupos de espera; seminário, palestras dirigidas a temas específicos; vídeos/ grupos de leitura; e ações para pacientes encaminhados do ambulatório de D.S.T.

Hoje o serviço funciona num modelo apoiado na figura do psiquiatra, que encaminha os clientes quando julga necessário, a acompanhamento por outros profissionais. A enfermagem não tem uma função claramente definida, ficando na maior parte do período com ocupações meramente burocráticas, sem atuação significativa junto ao cliente, restringindo-se a tarefas de coordenação de toda a equipe. Em muitas conversas com o enfermeiro que atua no ambulatório sentimos que existe a percepção de que não está desempenhando seu papel, pois ouvimos várias queixas no que se refere à falta de tempo para relacionar-se com os pacientes, além do excesso de tarefas burocráticas a que está submetido e da necessidade de contratação de mais enfermeiros psiquiátricos para que realmente se implemente a sistematização da assistência de enfermagem, para então galgar mais um degrau para o alcance da reabilitação psicossocial.

Concordamos com Toledo (2000) quando cita que o enfermeiro deve buscar prioritariamente a autonomia no desenvolvimento das ações de enfermagem, através de seu desempenho e das resoluções estratégicas e criativas no ambiente em que atua, deixando de lado a zona de conforto e o campo das queixas no qual está inserido, pelo medo do novo e do desconhecido.

Consideramos que esse fato depõe contra as prerrogativas de se manter um serviço de reabilitação psicossocial, já que foi observado que este aspecto fica em segundo plano e ao que nos parece o processo de trabalho é pautado pelo

atendimento da demanda (e não pelos preceitos de reconstruir a assistência psiquiátrica e de saúde mental), replicando o modelo tão renegado da institucionalização.

4.5 ESCOLHA DOS SUJEITOS

O estudo conta com a participação de sete sujeitos, todos pacientes do Ambulatório de Saúde Mental, provenientes das Unidades Básicas de Saúde da cidade, assim como ex-internos da Clínica Psiquiátrica Antonio Luiz Sayão, que receberam alta.

De acordo com Campos (2001), a amostra é uma parte convenientemente selecionada do universo de sujeitos possíveis ou população total, sendo que a forma da escolha dos sujeitos é um dos elementos mais importantes na investigação científica.

Para tanto, consideramos a amostra intencional ou proposital como é chamada por Campos (2001), como ideal para a realização deste estudo, visto que, através de um bom julgamento e estratégia apropriada, pode-se escolher os elementos que devem ser incluídos no estudo. Apresenta-se como uma estratégia interessante quando os sujeitos não puderem ser selecionados ao acaso. Não nos propusemos escolhe-los aleatoriamente, pois achamos que, como já fazem uso do serviço, poderiam estar, de uma certa forma, pulverizados pela rotina dos atendimentos já recebidos.

Em primeira instância não utilizamos como critério de escolha a patologia psíquica de cada um, por entendermos que a sistematização de enfermagem e a

reabilitação psicossocial independem do diagnóstico médico, já que visam ao incentivo aos aspectos sadios do paciente e à atenção aos sintomas apresentados.

Os critérios utilizados para a inclusão dos sujeitos neste estudo foram:

- O primeiro paciente do dia durante o período de janeiro a março de 2003.
- Faixa etária entre 18 a 60 anos, em que há mais chances de reabilitação psicossocial.
- Não epilépticos.
- Os que confirmaram sua adesão através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
- Ser morador da cidade de Araras.

Destacamos Leopardi et al (2001), que definem a amostragem intencional como aquela que é utilizada quando se deseja dados de um determinado tipo de elementos de um conjunto, visto que para a autora a coleta de dados não é um processo cumulativo e linear, e sim um processo de ir e vir, em interação com os sujeitos que vivem uma dada experiência, com base na racionalidade comunicacional dos sujeitos.

4.6 COLETA DE DADOS

Após a aprovação deste projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS (Apêndice), foram realizadas as entrevistas com roteiro semi-estruturado, constando de questões sobre a identificação do sujeito, contendo o nome, a idade e o diagnóstico médico, além das

questões baseadas nos padrões das reações humanas, exame físico e psíquico, observação e dados do prontuário dos pacientes.

Durante a consulta de enfermagem, com horário previamente agendado com o paciente, o mesmo recebeu informação sobre a realização da pesquisa e procedeu à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Foram realizados o planejamento e a implementação de intervenções de enfermagem no sentido de direcionar a reabilitação psicossocial individual.

A partir daí, estabelecemos um período de três meses de acompanhamento semanal dos pacientes, traçando-lhe a evolução, que serve de instrumento durante o processo de avaliação das intervenções, etapa final da sistematização da assistência de enfermagem.

A periodicidade de retorno foi semanal e pedimos ao paciente que viesse para o atendimento de enfermagem, o que facilitou também o controle das medicações prescritas, pois o que acontece até o momento é o paciente passar por consulta com o psiquiatra, que prescreve a medicação por noventa dias, sendo esta apenas entregue ao cliente pela enfermeira.

Durante a coleta de dados, pudemos perceber que a cada encontro o paciente sentia a necessidade de relatar mais um pouco sobre sua história de vida e trajetória após a doença mental, todos comentaram que gostavam muito de estarem participando das consultas de enfermagem e que não sabiam que este tipo de atendimento fazia parte das atribuições do enfermeiro. Eles comentavam que gostavam de ser atendidos pelo enfermeiro e que achavam que os encontros eram diferentes das consultas com outros profissionais, tanto que não houve falhas no que se refere ao comparecimento nas consultas de enfermagem.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento para análise dos dados foi baseado nos pressupostos da análise qualitativa.

Assim, o enfermeiro utiliza a sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica, apoiando-se nos diagnósticos de enfermagem, para que a prática da enfermagem psiquiátrica seja consolidada cada vez mais num âmbito formal e participativo.

Numa primeira fase apresentamos os sete casos abordados, de acordo com os critérios pré-estabelecidos anteriormente, com quatro categorias contempladas na investigação:

- ***Categoria A*** – Histórico de Enfermagem – diz respeito a um relato das condições relevantes do estado de saúde do sujeito, no sentido de nos direcionar aos diagnósticos de enfermagem.
- ***Categoria B*** – Diagnósticos de Enfermagem Prioritários para a Reabilitação Psicossocial – esta categoria está relacionada aos diagnósticos de enfermagem que abarcamos após a classificação e a interpretação dos dados contidos no modelo de histórico de enfermagem por padrões de reações humanas, que consideramos prioridade no que diz respeito ao seu valor para a reabilitação psicossocial do sujeito.
- ***Categoria C*** – Síntese das Intervenções de Enfermagem – demonstra de uma maneira suscinta as intervenções que, partindo dos diagnósticos de enfermagem, propusemos aos pacientes nas interações durante as consultas de enfermagem.

Ressaltamos que as intervenções de enfermagem foram apresentadas em síntese, pois não constam dos objetivos deste estudo descreve-las da forma como

foram escritas durante as consultas de enfermagem, sendo assim foram desenvolvidas à medida que a necessidade foi detectada no momento das interações.

- ***Categoria D*** – Avaliação – esta categoria está relacionada aos pressupostos teóricos da avaliação, como quinto passo do processo de enfermagem, demonstrando a evolução do estado de saúde do paciente, além de oferecer uma avaliação de todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem no decorrer das interações ocorridas durante as consultas de enfermagem.

Sendo um trabalho que prioriza a reabilitação psicossocial que ocorre em longo prazo, os pacientes continuam em acompanhamento no ambulatório de saúde mental.

A segunda fase da análise consta de um percurso teórico que permite o contato com os resultados da utilização do modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas da NANDA, adaptado para um serviço de reabilitação psicossocial.

A terceira e última fase da análise dos dados do presente estudo tem como objetivo refletir sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico na implementação do modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas da NANDA, adaptado para um serviço de reabilitação psicossocial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DOS SUJEITOS

SUJEITO 1 – L. M. S. sexo feminino, 40 anos de idade, do lar, casada há três anos, não tem filhos, marido aposentado.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

É católica praticante refere ter bom relacionamento com familiares e amigos, mantém relacionamento sexual ativo com o cônjuge sem o uso de métodos contraceptivos, não tem filhos. Refere que sua doença a impossibilita de assumir *"determinadas"* situações como trabalhar fora e ser uma mulher independente.

Utiliza-se de gestos incomuns para se comunicar e demonstrou atitudes de timidez na entrevista.

Para o desempenho das atividades cotidianas precisa da ajuda do marido, caminha quarenta minutos diariamente com o mesmo. Mantém o padrão de sono alterado referindo que só dorme com o uso de medicamentos. Conhece sua doença, pois relata ser portadora de esquizofrenia e fala com propriedade das medicações que utiliza, Akineton 5mg e Haldol 6mg, desde 1984, quando foi internada devido a um surto que apresentou após sofrer um acidente automobilístico. Desde então ouve vozes que identifica como pessoas zumbindo em seu ouvido.

Mencionou que não considera-se uma pessoa doente e tem perspectivas de viver sem os zumbidos que atrapalham sua concentração deixando-a ansiosa.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Padrão de sono perturbado relacionado à ansiedade secundária ao uso de medicações psicotrópicas caracterizado por verbalização de não conseguir conciliar o sono.
- Percepção sensorial auditiva alterada relacionada ao estresse psicológico pós-acidente automobilístico e desequilíbrio bioquímico secundário a esquizofrenia caracterizada por verbalização de alucinações auditivas.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Durante as consultas de enfermagem e nas interações com a paciente fomos programando atividades que não gerassem excitação desde o final da tarde até antes de dormir, mantendo caminhadas com o marido no período da manhã, e modificando o horário do remédio para ás cinco horas da tarde, também enfatizamos a possibilidade da paciente ingerir líquidos mornos antes de se deitar.

Conversamos com a paciente esclarecendo que o zumbido que ela ouve faz parte de uma alucinação auditiva e que seus atos não devem ser baseados nos impulsos causados por esse zumbido, no sentido de não permitir que isso atrapalhe suas atividades cotidianas, ou pelo menos minimize seu sofrimento.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Percebemos uma melhora no que se refere ao diagnóstico de padrão de sono perturbado, através de depoimentos da paciente que enfatizam sua franca melhora, incluindo disposição para tentar conviver com o zumbido no ouvido, que persiste, apesar da medicação. Ela tem conseguido manter um bom padrão nas suas tarefas cotidianas de autocuidado e cuidado com o lar. Após a participação em uma oficina

de culinária promovida por alunos de graduação em enfermagem, aprendeu a fazer trufas de chocolate e as confecciona para venda, ajudando no orçamento de sua casa.

Foi encaminhada ao psiquiatra para possível ajuste da medicação, passando a freqüentar as consultas de enfermagem uma vez por mês para começarmos a estudar sua possibilidade de alta.

SUJEITO 2 – H.G.P. sexo feminino, 59 anos, do lar, casada, tem dois filhos, mora com o marido, aposentado.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Relata ter sido uma pessoa feliz no casamento até o nascimento de seus dois filhos. Após este fato, passou a ser obrigada pelo marido a manter relações sexuais anais, que considera desrespeito para consigo, mas sente-se ameaçada, já que ele falava em procurar outra mulher. Tem constantes episódios de prurido e dor vaginal.

Segundo ela, o marido a trata mal, esbraveja e grita, ao invés de conversar, o que atribui ao fato de não conseguir falar com ele sobre o relacionamento sexual de ambos, até porque se considera muito velha para manter atividades sexuais, sendo que há muito gostaria de discutir com ele essa questão. Comunica-se pouco, não mantém contato visual durante a entrevista e apresenta episódios de choro freqüente.

Considera-se abandonada pelos filhos *"...cada um tem sua vida e acham que só podem ajudar com dinheiro..."*

É católica praticante, gosta muito do trabalho social que realiza na igreja do bairro, porém seu marido faz objeções e sempre vê com desdém essa sua atividade. Relata que não resolve seus problemas sozinha e é muito dependente do marido.

Gosta de ir ao ambulatório para as consultas de enfermagem. Há dois meses não consulta a psicóloga e abandonou a fisioterapia, por não ter vontade de fazer nada *"...quando acordo sinto vontade de fechar os olhos e continuar deitada..."*

É responsável pelas atividades de manutenção do lar e preparo das refeições. Sua aparência geral é de uma pessoa triste, apática, desarrumada, sofrida, descuidada e de idade avançada.

Apresenta marcha em pequenos passos, relata sentir-se sempre cansada e desanimada, principalmente quando acorda. Durante sua fala observam-se idéias pessimistas de que não conseguirá melhorar nada em sua vida; preocupa-a sua depressão.

Há mais ou menos dois meses apresentou intensa diarréia, queixando-se de dor retal. Após exames, foi necessária uma cirurgia para retirada de um tumor no reto e um tratamento de radioterapia, que mantém.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Tristeza crônica relacionada a crises ligadas aos estágios do desenvolvimento (casamento e nascimento dos filhos), caracterizada por frustração, desesperança e baixa auto-estima.
- Processos familiares interrompidos relacionados à crise de situação após o nascimento dos filhos, caracterizados por mudanças na comunicação do casal e apoio mútuo.
- Disfunção sexual relacionada a conflito de valores e abuso físico, caracterizada pela verbalização de ter que manter relações anais com o marido.

- Desesperança relacionada ao estresse prolongado, caracterizada por falta de afeto e passividade.
- Baixa estima crônica, relacionada ao medo de ser rejeitada por marido e filhos, caracterizada por verbalização negativista, falta de contato visual e expressão de culpa.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A maioria dos atendimentos se baseou em orientações que ressaltavam a necessidade que a paciente tinha de compartilhar seus sentimentos, sonhos e esperanças com os familiares, tentando estabelecer metas curtas e realistas a serem desenvolvidas. Foi orientada a conversar mais com o marido sobre seus sentimentos em relação a ele, e sugerimos que o mesmo participasse de algumas consultas de enfermagem e com a psicóloga, na tentativa de estimular o envolvimento dele no tratamento, após as longas queixas da esposa quanto a grosserias e impaciência da parte dele. Orientamos também a paciente em relação à necessidade de manter um diálogo com ele a respeito dos prejuízos emocionais e físicos que o ato sexual anal lhe causa, cometido contra a sua vontade.

Esclarecemos que os sentimentos oscilarão em sua vida, a tristeza pode não desaparecer e que é importante ela usar os dias em que estiver mais disposta para programar as atividades e repensar o que pode ser planejado para sua vida, incentivando-a à auto-avaliação comportamental, discutindo as alternativas possíveis.

Conversamos com a paciente para que ela passasse a freqüentar as sessões de psicoterapia e de terapia ocupacional mais de duas vezes por semana como era de costume. Ressaltamos a importância de cuidar mais de sua aparência geral, no

sentido de vestir-se com roupas mais coloridas e claras, ajeitar o cabelo e unhas. Também sugerimos sua participação em grupo de melhor idade no município, com atividades de ginástica, natação, hidroginástica, bingos, bailes e viagens.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Os diagnósticos de enfermagem foram mantidos, interrompendo as atividades propostas, devido à alteração no estado de saúde da paciente, que desenvolveu um câncer de reto, tendo de se submeter a um tratamento radioterápico após a cirurgia. Deixou de freqüentar a psicoterapia e atualmente seu tratamento se restringe às consultas de enfermagem, pois refere que não conseguiu abordar esses assuntos com os outros da equipe que a engajou num programa de atendimento grupal ao qual não se adaptou. Procedemos a várias interações com seu marido, que se mostrou indiferente e superficial durante as conversas, deixando claro que tudo não passa de depressão e exagero da parte da esposa.

SUJEITO 3 – K. C. sexo feminino, 22 anos, casada há oito anos, uma filha, do lar, mora com o marido e a filha, a mãe e dois irmãos.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Refere que não consegue manter relacionamentos afetivos com familiares e amigos em função de sentir necessidade de permanecer sozinha.

"...quando entro na crise depressiva não consigo manter meus afazeres domésticos..."

Acredita que Deus irá fazer uma *"obra"* em sua vida (pensamento mágico infantil), freqüenta os cultos evangélicos uma vez por semana.

Enfatiza que era uma pessoa *"de bem com a vida"*, porém depois do casamento seu marido começou a desenvolver dependência do álcool, juntamente

com seu irmão mais velho, o que a deixou cada vez mais sem perspectiva de um futuro melhor.

Durante as entrevistas, observamos sentimentos de tristeza, medo, ansiedade, apatia, desinteresse pela vida, além da expressão facial de timidez, angústia e sofrimento.

Mantém relações sexuais com o marido cerca de quatro vezes por semana, relata que tem medo dele, chega do bar agressivo e violento exigindo manter relações sexuais com ela.

Comunica-se verbalmente de maneira escassa e com trejeitos faciais, tem o segundo grau completo e relata que o marido não permite que ela realize o sonho de cursar uma faculdade. Quando está muito triste apresenta tremores pelo corpo, anorexia e visão turva; emagreceu cerca de oito quilos nos últimos dois meses.

Sente tonturas freqüentes e mantém-se preocupada com seu estado de saúde, pois percebe que está cada vez mais debilitada. Faz uso de Fluoxetina 20mg.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Tristeza crônica relacionada a crises ligadas ao estágio de desenvolvimento (casamento), caracterizada por medo, desesperança, baixa auto-estima, solidão e opressão.
- Processos familiares disfuncionais: alcoolismo relacionado à história familiar (irmão e marido), caracterizado por depressão, desesperança, tristeza, impotência, medo e culpa.
- Risco para suicídio relacionado a verbalização de desinteresse pela vida.

- Disfunção sexual relacionada a abuso físico, caracterizada por verbalização de ter que manter relações sexuais com o marido alcoolizado.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Buscamos ampliar sua percepção no que diz respeito à importância de concretizar seus sonhos, por exemplo: cursar uma universidade, trabalhar para se tornar uma mulher independente, apesar das imposições do marido em sua vida.

Orientamos sobre os riscos que ela corre com os sentimentos destrutivos e recomendamos que não ficasse sozinha em casa e que, quando percebesse um desejo que predispusesse ao suicídio, conversasse com sua mãe, comparecesse ao ambulatório e/ou pensasse nas metas que queria alcançar em sua vida, exploradas durante as interações de enfermagem.

Foi orientada a conversar mais com o marido sobre seus sentimentos em relação a ele, e sugerimos que o mesmo participasse de algumas consultas de enfermagem e com a psicóloga, na tentativa de estimular o envolvimento dele no tratamento, após as longas queixas dela quanto a ele chegar alcoolizado em casa e a obrigar a manter relações sexuais. Orientamos também em relação à necessidade de manter um diálogo com ele a respeito dos prejuízos emocionais e físicos que o ato sexual forçado lhe causa.

Não obtivemos resultados positivos no que se refere a presença do marido nas consultas de enfermagem, combinamos com a paciente que ela esclareceria a ele sobre a importância de uma profissão em sua vida e passamos a avaliar a possibilidade dela efetuar sua inscrição no vestibular que ocorrerá no final do ano.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Todos os diagnósticos de enfermagem foram mantidos durante as consultas de enfermagem.

Optamos por agendar as consultas de enfermagem em intervalos mais curtos, duas vezes na semana, pelo risco de suicídio. O marido se recusou a comparecer às consultas de enfermagem, discutimos a necessidade que ele tem de se tratar e freqüentar reuniões de alcoólatras anônimos. Esclarecemos sobre os órgãos existentes, caso ela queira denunciar os atos de abuso sexual do marido.

Encaminhamos a paciente para reavaliação pelo psiquiatra da medicação prescrita pelo médico do posto de saúde, e também para a psicoterapia e assistência social.

SUJEITO 4 – A. M. L. sexo masculino, 39 anos, desempregado, solteiro, tem namorada, mora com os pais e dois irmãos.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Apresenta taquilalia, frases repetitivas e gestos desordenados. Não consegue tomar decisões simples sem o auxílio da mãe, afirma que sua doença mental interfere no convívio social. Tem dificuldade para relacionar-se com seu pai e seus irmãos, acredita que eles o recriminam por ser *"diferente"*. Dentro de casa só tem o apoio da mãe, sente-se triste, pois sempre vê sua mãe chorar, devido ao seu estado e sente-se culpado.

Admite e reconhece que tem "*um transtorno mental"* e sabe quando está em "*surto"*, pois diz que fica muito agitado e toma até seis banhos por dia. Quando se sente triste não consegue sair da cama e deixa de tomar banho, pois sente formigamento nas pernas. Só consegue dormir quando toma remédio, mantém

expressão facial eufórica e desconfiada durante a entrevista. Demonstra períodos de irritação, quando fala *"...sou uma pessoa desafortunada, a vida não me dá oportunidades..."*

Apresenta constantes alterações de humor e comportamentos suicidas, coloca-se em lugar de personagens de desenho animado e afirma ouvir vozes que o deixam ansioso e agitado.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Processos de pensamento perturbado (relacionado aos transtornos do humor), caracterizados por verbalização de se colocar no lugar de personagens fictícios e taquilalia.
- Interação social prejudicada, relacionada ao distúrbio relativo a seu autoconceito, caracterizada por interação disfuncional com pessoas do mesmo grupo (família).
- Percepção sensorial auditiva perturbada, relacionada aos transtornos do humor, caracterizada por alucinações auditivas que o levam à irritabilidade, ansiedade e agitação.
- Enfrentamento ineficaz relacionado à alteração do humor (maníaco/depressivo), caracterizado pela verbalização de não conseguir tomar decisões sozinho, dependendo da mãe para isso.
- Risco para suicídio relacionado a impotência e solidão.
- Comunicação verbal prejudicada, relacionada a condições emocionais caracterizadas por transtorno da linguagem (taquilalia) e inabilidade para usar expressões faciais e corporais.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Procuramos desde a primeira interação com o paciente, utilizar uma forma de comunicação que o auxiliasse a manter sua própria individualidade, dirigindo o enfoque da expressão delirante para a discussão das situações centradas na realidade cotidiana e nas tarefas simples que normalmente mantinha.

Estabelecemos pequenas metas realistas e discutimos juntos as alternativas para cada conversa, como: tentar falar mais devagar e claramente, usando o toque e os gestos para incentivar a comunicação, procurando não se distrair durante as conversas com os outros.

Solicitamos em todos os encontros que fizesse o resumo das atividades do dia e se concentrasse em executá-las uma a uma, identificando quais as situações familiares que encorajassem os outros a tratá-lo com respeito e consideração.

Conversamos com o paciente, esclarecendo que a voz que ele ouve faz parte de uma alucinação auditiva e que seus atos não devem ser baseados nos impulsos causados por essa voz, no sentido de não permitir que isso atrapalhe suas atividades cotidianas, ou pelo menos minimize seu sofrimento.

Encorajamos em cada consulta de enfermagem que o paciente realizasse uma avaliação do seu próprio comportamento, auxiliando-o a enxergar as possibilidades de ajustes, para buscar soluções construtivas para seus problemas, explorando comportamentos alternativos, envolvendo-o no planejamento de metas e na avaliação dos progressos, contudo melhorando sua comunicação verbal.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Convidamos a mãe para participar de um grupo de familiares que é mantido no ambulatório por uma das psicólogas e pela enfermeira, já houve sua participação em

duas reuniões mas ela mantém-se numa posição de ouvinte, no que se refere a explanação de suas experiências.

O paciente começou a realizar as atividades diárias com mais ênfase, sem a necessidade de receber o comando da mãe, a saber: tomar banho sozinho, escolher a roupa que deseja vestir e decidir quando quer se alimentar. Percebemos franca melhora na sua comunicação verbal, mantém uma linguagem mais calma e lenta, tentando explicar o que quer dizer, não sendo mais verbalizados os sentimentos negativos sobre si com tanta freqüência.

Os diagnósticos de risco para suicídio, comunicação verbal prejudicada e enfrentamento ineficaz foram excluídos até o momento, continua participando das consultas de enfermagem quinzenalmente.

SUJEITO 5 – J. G. V. sexo masculino, 58 anos, aposentado por invalidez, casado, tem seis filhos.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A doença, segundo o paciente, alterou suas responsabilidades no que se refere ao seu papel de cônjuge; quando questionamos sobre sua sexualidade sua expressão foi negativa, disse que não gostaria de falar sobre o assunto. Sente-se impossibilitado no que diz respeito à tomada das decisões em casa e deixa que a esposa mantenha-se à frente do lar, relata que atualmente está em estado de extrema irritabilidade e não mantém relacionamento interpessoal em casa.

Comunica-se de forma escassa, com fala arrastada, apresenta gagueira moderada. Sua expressão facial é de angústia, os gestos são desordenados com os membros superiores e mantém-se cabisbaixo durante a entrevista.

Necessita do auxílio da esposa para seu autocuidado, enfatiza que já está conseguindo tomar banho sozinho, se ficar sentado, tem déficit motor nos membros inferiores e visão turva.

Tem padrão de sono alterado *"... à noite fico ansioso e preciso do remédio..."*, dorme cerca de 5 a 8 horas por dia.

Relatou no segundo encontro que bebe há 49 anos e já perdeu a conta de quantas vezes foi internado no *"sanatório"* da cidade onde mora.

"...há dez anos tive que parar, meu corpo não agüentava mais..." Reconhece que hoje sente os efeitos da dependência do álcool, como tremores e alucinações auditivas com vozes não identificáveis que tornam-se insuportáveis aos seus ouvidos e o deixam muito irritado e depressivo. Não consegue fazer planos para o futuro, relaciona a falta de esperança às seqüelas. Faz tratamento para hipertensão arterial no posto de saúde perto de sua casa, porém só toma o remédio quando acorda com dor de cabeça. Já não tem mais paciência para freqüentar as sessões de fisioterapia para as pernas.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Processos familiares disfuncionais (abuso do álcool), caracterizados por desilusão e culpa.
- Interação social prejudicada (relacionada a processos de pensamento alterados), caracterizada por irritabilidade e desconforto verbalizados quanto a se relacionar com outras pessoas.
- Percepção sensorial auditiva e visual perturbadas (relacionadas a desequilíbrios bioquímicos secundários ao alcoolismo), caracterizada por alucinações,

irritabilidade, distorções auditivas (relata ouvir voz humana insuportável) e visão turva.

- Processos de pensamento alterado (relacionado a mudanças fisiológicas secundárias à abstinência alcoólica), caracterizados por verbalização sobre ouvir voz humana insuportável.
- Desesperança relacionada à condição fisiológica deteriorada, caracterizada por falta de iniciativa, passividade e verbalização diminuída.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Discutimos o surgimento dos comprometimentos emocionais, os sinais e os sintomas do alcoolismo e sua correlação com eventos e mudanças de vida. Enfatizamos que a ajuda ao alcoólatra parte primeiramente dele próprio, ressaltando sua responsabilidade por seus atos. Ensinamos técnicas de controle do estresse, como: respiração relaxada. Discutimos a necessidade de manter-se afastado da bebida, se optar por recuperar-se, enfatizando as possibilidades de recaídas.

Solicitamos em todos os encontros que fizesse o resumo das atividades do dia e concentrasse em executá-las uma a uma, identificando quais as situações familiares que encorajariam os parentes a tratá-lo com respeito e consideração.

Conversamos com o paciente, esclarecendo que a voz que ele ouve faz parte de uma alucinação auditiva e que seus atos não devem ser baseados nos impulsos causados por essa voz, no sentido de não permitir que isso atrapalhe suas atividades cotidianas, ou pelo menos minimize seu sofrimento.

Encorajamos em cada consulta de enfermagem que o paciente realizasse uma avaliação do seu próprio comportamento, auxiliando-o a enxergar as possibilidades de ajustes para buscar soluções construtivas para seus problemas, explorando

comportamentos alternativos, envolvendo-o no planejamento de metas e na avaliação dos progressos.

Esclarecemos que o paciente pode lidar com os aspectos desfavoráveis, separando-os dos favoráveis, encorajando-o a compartilhar as suas preocupações com outras pessoas com problemas semelhantes e que tiveram experiências positivas.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Não conseguiu realizar as atividades que propusemos durante as consultas de enfermagem, referindo-se à falta de vontade em relação a tudo.

Foram mantidos os diagnósticos de enfermagem, o paciente foi orientado sobre os benefícios e decidiu freqüentar as reuniões do grupo de alcoólicos anônimos. Encontra-se em quadro crônico, apático e necessitando de acompanhamento terapêutico por longo período.

SUJEITO 6 - A. S. sexo masculino, 38 anos, desempregado, separado, uma filha, mora com os pais e um irmão.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Relata que seu *"problema de alcoolismo"* prejudica seu papel social, confessa que é agressivo e violento e por isso não consegue relacionar-se bem com os pais e familiares.

Tem segundo grau completo, comunica-se através de fala arrastada e sua expressão facial é de sonolência e desconfiança.

Mantém-se em abstinência sexual há mais de um ano, por ter perdido o interesse pelo sexo. Não resolve seus problemas *"... muito pelo contrário, eu levo problemas aos meus pais, sou alcoólatra compulsivo e isto me torna insuportável e*

intragável ao convívio social...” Sente-se incapaz de tomar decisões e de parar de beber também.

Não obtém bons resultados com seu autocuidado, porém não quer pedir ajuda para ninguém em casa. Apresenta alterações da marcha, como desequilíbrios e tremores, força motora diminuída nos quatro membros, dorme cerca de 4 horas por dia e só sente sono de manhã, após tomar o remédio (Fluoxetina 20mg).

Relata que fica violento e deprimido quando acorda de ressaca, então começa a ouvir vozes insuportáveis e que esses fatos o levam a beber novamente.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Processos familiares disfuncionais, relacionados ao abuso do álcool, caracterizados por impotência e culpa.
- Processos de pensamento alterado (relacionado a mudanças fisiológicas secundárias à abstinência de álcool) caracterizados por verbalização sobre ouvir vozes que o irritam.
- Conflito de decisão relacionado a risco benefício do uso de álcool, caracterizado por verbalização sobre conseqüências indesejadas das alternativas propostas.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Discutimos o surgimento dos comprometimentos emocionais, os sinais e os sintomas do alcoolismo e sua correlação com eventos e mudanças de vida. Enfatizamos que a ajuda ao alcoólatra vem primeiramente dele próprio, conscientizando-o sobre sua responsabilidade por seus atos. Ensinamos técnicas de controle do estresse, como respiração relaxante e caminhadas. Discutimos a

necessidade de seu comprometimento com a abstinência de álcool, se optar por recuperar-se, enfatizando as possibilidades de recaídas.

Conversamos com o paciente esclarecendo que a voz que ele ouve faz parte de uma alucinação auditiva e que seus atos não devem ser baseados nos impulsos causados por essa voz, no sentido de não permitir que isso atrapalhe suas atividades cotidianas.

Exploramos juntos os riscos relacionados ao consumo do álcool, elaborando uma lista de alternativas para afastar-se da bebida. Auxiliamos o paciente na exploração dos valores pessoais e relacionamentos que possam ter um impacto sobre a decisão, reforçando que a decisão de parar de beber pertence a ele e que ele tem o direito de decidir.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Não conseguiu realizar as atividades que propusemos durante as consultas de enfermagem, já que não tem disposição para nada.

Foram mantidos os diagnósticos de enfermagem, o paciente foi encaminhado para o grupo de alcoólicos anônimos, porém refere que só participou da primeira reunião, portanto nossas discussões tem sido pautadas neste aspecto, no sentido de encoraja-lo a continuar participando. Encontra-se em quadro crônico de apatia e necessita de acompanhamento terapêutico por longo período.

SUJEITO 7 – A. S. sexo masculino, 19 anos, trabalhava como entregador (agora está afastado), é solteiro, mora com os pais e um irmão.

CATEGORIA A – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Refere-se a sentimentos de angústia, tristeza e depressão há três meses que o levaram a uma tentativa de suicidar-se com uma faca desferida contra seu abdome.

Encontra-se em recuperação da cirurgia de laparotomia a que teve de ser submetido há 15 dias.

Deixou os estudos há um ano, para trabalhar e ajudar em casa.

Reconhece que mantém bons relacionamentos interpessoais com familiares e amigos, porém admite que seu irmão alcoólatra o descontrola, deixando-o impaciente, irritado e *"estourado"*.

Encontra-se com agitação psicomotora, pupilas dilatadas, aparentemente ansioso e irritado.

Dorme em média dez horas por dia, não tem namorada já há alguns meses e relata diminuição da libido.

Atualmente faz uso de Fluoxetina - 25mg - e Nitrazepan - 10mg.

CATEGORIA B – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS PARA A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

- Enfrentamento ineficaz relacionado ao nível inadequado de confiança em si próprio, caracterizado por comportamento destrutivo em relação a si e aos outros.
- Risco para suicídio relacionado a tentativa anterior.
- Ansiedade relacionada à ameaça de mudança no estado de saúde, caracterizada por agitação psicomotora, irritabilidade e dilatação pupilar.

CATEGORIA C – SÍNTESE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Encorajamos que avaliasse o próprio comportamento, auxiliando-o a identificar os problemas que não podem ser controlados diretamente, ensinando práticas de controle de estresse e ansiedade, como: exercícios, relaxamento e caminhadas que podem ser feitos em casa, e ajudamos na escolha da caminhada pela praça que existe em frente a sua casa e dos exercícios de relaxamento.

Auxiliamos na redescoberta de sentimentos de aquisição pessoal e de auto-estima, valorizando situações passadas em que houve a preservação da mesma, proporcionando uma perspectiva realista e mais esperançosa, desencorajando a expressão de impotência e solidão.

Reconhecemos que todos ficamos decepcionados e tristes, mas que sua atitude extrema de ferir-se foi agressiva e perigosa e ele necessita tratar-se.

CATEGORIA D – AVALIAÇÃO

Houve melhora do diagnóstico de ansiedade, pois o paciente começou a fazer curtas caminhadas pela praça perto da rua onde mora e os exercícios de relaxamento que foram propostos, além da medicação.

Passamos a discutir os comportamentos a serem adquiridos dia-a-dia, tudo o que foi proposto para a reabilitação. Uma das alternativas que mencionamos foi a de voltar ao trabalho, que foi concretizada ao final de dois meses. O paciente recebeu alta quanto às consultas de enfermagem.

5.2 RESULTADOS DA UTILIZAÇÃO DO MODELO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM BASE NO PADRÃO DAS REAÇÕES HUMANAS DA NANDA, ADAPTADO PARA UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A) CONHECIMENTO DO PACIENTE

Através da análise isolada de cada histórico de enfermagem, um dos pontos que se sobressaem corresponde ao conhecimento de características individuais e peculiares do paciente, obtidas durante a coleta de dados.

Através do exame físico e psíquico foi possível estabelecer um diagnóstico de enfermagem, incluindo a criação e o desenvolvimento de uma aliança de trabalho

com o paciente e a equipe, um planejamento terapêutico e uma meta a ser atingida para a reabilitação psicossocial.

O valor indiscutível desta etapa vem ao encontro das bases teóricas que sustentam o processo de enfermagem, aliado aos pressupostos da reabilitação psicossocial.

Evidenciamos a necessidade de sabermos com quem estamos lidando, ou seja, quem está necessitando ser reabilitado, para não replicarmos o modelo paradigmático que conhecemos da política manicomial existente em nosso país. Acreditamos na reabilitação fora do hospital psiquiátrico. É dentro da comunidade que podemos realmente socorrer a pessoa que sofre.

Para Cruz (1995), há a necessidade de adequação do cuidado de enfermagem (justamente ligado à habilidade do cuidador quanto às demandas de cuidado), que exige esclarecimento sobre a situação passível de intervenção de enfermagem. A autora cita, ainda, que a demanda de cuidados é construída pelo cuidador através da coleta e do processamento das informações e não só pelas condições em que se encontra quem será assistido.

Propomos que a coleta de dados seja uma etapa que anteceda a reabilitação psicosocial que, para Saraceno (1998), tem a conotação de restabelecimento, de contratualidade de cidadão, de produção de sentido digno de vida. O acompanhamento dos pacientes em espaços socialmente abertos, que favoreçam a redescoberta de que podem produzir o seu próprio cotidiano e não serem excluídos da comunidade, é a grande conquista. Contudo, a questão é como fazer para que o sujeito em fase de reabilitação psicossocial seja efetivamente preparado para a vida em sociedade, como capacitá-lo para dar cada vez mais sentido a sua vida. Somente

conhecendo suas habilidades e carências, identificando suas reações frente a todos os agentes aos quais está sendo exposto, no decorrer das transformações que ocorrem a sua volta e em seu interior durante o processo de reabilitação psicosssocial, lograremos êxito em nossa empreitada.

Então, se conhecer o paciente subsidia o enfermeiro no que se refere a todos os fatores acerca do seu estado de saúde nos aspectos biopsicossocioespirituais, não compartilharemos mais com modelos de tratamento psiquiátrico envolvendo a rotina do *fazer por fazer* dos profissionais da equipe multidisciplinar que, muitas vezes, permanece estática numa zona de conforto, mantendo uma seqüência de atividades e planos de assistência que servem para todos os pacientes igualitariamente, sem enfocar as partes sadias de cada um, privilegiando a doença ao invés da saúde mental. Utilizaremos a criatividade individualizada no sentido de auxiliar o paciente a ser capaz de criar e estabelecer estratégias que lhe possibilitem a condução dos afazeres cotidianos na comunidade.

O domínio interpessoal, para Lunney (2001), consta das experiências subjetivas provocadas pelas reações humanas dos pacientes, que devem ser compartilhadas com o enfermeiro; porém, este fato só ocorre se a relação entre enfermeiro e paciente for positiva, ou seja, a relação terapêutica é necessária para que os enfermeiros possam coletar dados válidos e confiáveis durante a entrevista, dados que se relacionem verdadeiramente com as experiências atuais dos clientes.

Para que possamos estabelecer uma relação enfermeiro – paciente que favoreça a realização do histórico de enfermagem, é preciso que haja disponibilidade física, mental e emocional, além de mobilizarmos internamente os contextos culturais, sociais e filosóficos em que estamos inseridos.

De acordo com Scatena et al (1997), lamentavelmente o enfermeiro não conhece seus pacientes, pois não consegue estabelecer uma ligação entre seu cargo de chefia e o estabelecimento de vínculos, muitas vezes delegando esta tarefa a outros funcionários, o que ocasiona a falta de confiança dos pacientes, que não se expressam como poderiam sobre suas necessidades e limitações, atravancando a programação e as ações de enfermagem.

Como cita Labate (1997) através da identificação que ocorre durante o estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro psiquiátrico e o paciente, que surge a possibilidade de compreender o paciente e suas necessidades de cuidado. Contudo, a identificação e o estabelecimento do vínculo precisam se desenvolver de modo cauteloso, para que não haja uma mistura entre o que é do paciente e o que é do enfermeiro, ocasionando dificuldades em sua atuação terapêutica.

As crenças e valores do enfermeiro psiquiátrico, neste momento, entrelaçam-se com as experiências passadas e a situação presente, despertando interesses, preocupações, preconceitos, conhecimento e familiaridade com o contexto em que se dá a coleta dos dados do histórico de enfermagem.

Como citam Barros et al (2002), é na entrevista que se estabelece a relação enfermeiro – paciente; a criatividade e o subjetivo afloram, através de questões apoiadas na experiência do entrevistado, com influência plena dos aspectos humanos, psicológicos, sociológicos e culturais da profissão, somando-se às questões objetivas. Podemos observar muitas vezes neste momento, uma condução intuitiva da entrevista, que supera os aspectos objetivos.

Enfatizamos, então, a importância do relacionamento interpessoal como uma das competências do enfermeiro psiquiátrico, compartilhando as experiências de vida

do paciente na elaboração do histórico de enfermagem. Contudo, ressaltamos a importância da flexibilidade do enfermeiro que se propõe e realizar a sistematização da assistência de enfermagem, tanto no momento da realização do histórico de enfermagem como na continuidade do processo de enfermagem, pois muitas vezes percebemos a necessidade do enfermeiro transpor o conteúdo das interações de enfermagem previamente planejadas para aquela consulta, pela própria necessidade do paciente em expor sentimentos que estão emergindo no momento da entrevista.

Como enfatiza Furegato (1999), os comportamentos e as atitudes positivas do enfermeiro psiquiátrico fazem com que o paciente, de acordo com seu julgamento e livre arbítrio, tenha meios para adequar seus relacionamentos interpessoais, favorecendo um processo de aprendizagem interpessoal. O auxílio na escolha do caminho a ser percorrido pelo paciente e o reconhecimento de sua identidade pessoal podem ser facilitados através da segurança e dos conhecimentos do enfermeiro (inclusive o auto-conhecimento), frente ao comportamento do paciente. A autora destaca que o auxílio terapêutico deve ocorrer exatamente no momento em que o paciente o necessita, objetivando a interação que permite entender o paciente, procurando não interferir em seu modo de ver e de sentir, na tentativa de desvelar algo que para ele esteja confuso e obscuro.

Além da habilidade interpessoal, destacam-se, de acordo com Gutierrez et al (2001), as seguintes finalidades do histórico de enfermagem: identificação dos problemas, percepções e expectativas do paciente que demandem ações de enfermagem, abrangência da totalidade do paciente, individualização da assistência de enfermagem, subsídios para a tomada de decisão frente às condutas de enfermagem, avaliação da evolução das condições do paciente, esclarecimento de

dúvidas ou falhas na compreensão, reforçando as informações já prestadas, redução da ansiedade do paciente, aumentando, assim, o grau de satisfação profissional da enfermeira, graças a esse contato direto.

Ainda para Casagrande & Rossi (2001), o modelo teórico escolhido para dar suporte ao histórico de enfermagem deve atender o perfil epidemiológico da clientela, direcionando a assistência de enfermagem para o atendimento ambulatorial, de emergência ou de uma unidade de internação.

A aplicação do histórico de enfermagem requer necessariamente a ação reflexiva do enfermeiro psiquiátrico, relativa ao aprofundamento da investigação acerca de aspectos do paciente, buscando a fundamentação do processo de julgamento quanto às necessidades de cuidado, utilizando as teorias de enfermagem, os modelos assistenciais e os princípios científicos para subsidiar a coleta de dados.

B) TEMPO GASTO PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Em relação ao tempo necessário para uma adequada consulta de enfermagem e preenchimento dos impressos que constam da ficha de histórico de enfermagem por padrão de reação humana, mais a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, planejamento e implantação das intervenções, cerca de sessenta a noventa minutos são suficientes, dependendo de como flui a entrevista.

Sem o entendimento do enfermeiro acerca da finalidade e possibilidades do processo de enfermagem para o desenvolvimento da profissão, sua execução será simplesmente mais uma tarefa a ser cumprida, não refletindo na assistência de enfermagem, nem propiciando a individualização do cuidado como garantia da

qualidade da assistência. O enfermeiro considera o diagnóstico de enfermagem complexo e de difícil entendimento, requerendo tempo e disposição para estudar no tocante a atualização contínua (Siviero et al, 2002).

Como preleciona Cruz (1995), a apreensão do termo padrão de reação humana demanda tempo e organização de estratégias específicas, o que consideramos um fator positivo no contexto em que estamos inseridos, visto que a disciplina de semiologia e semiotécnica que oferecemos no Curso de Enfermagem do Centro Universitário Hermínio Ometto é totalmente estruturada de acordo com os nove padrões de reação humana da NANDA, inclusive o cronograma de ordenação das aulas.

Enfatizamos o fato de que o histórico de enfermagem é realizado somente uma vez, ou seja, no primeiro encontro com o paciente, para que possamos coletar os dados acerca do seu estado de saúde. Sendo assim, o tempo de contato deve ser revisto e alterado de acordo com as necessidades do próprio paciente para os próximos encontros.

A partir da primeira consulta de enfermagem é estabelecido, além do vínculo e do relacionamento interpessoal com o paciente, um contrato de trabalho tratado como se fosse uma grande teia que o paciente e o enfermeiro passam a compor rumo à conquista da reabilitação psicossocial.

Concordamos com Travelbee (1982), quando diz que além das funções de enfermagem pré-determinadas pela profissão, independentemente da especialização, o enfermeiro assume a tarefa de conselheiro, exercida através de suas experiências passadas, afetando diretamente a compreensão, a aceitação e o reconhecimento das prioridades do trabalho do enfermeiro.

Assim, as interações construtivas unem paciente e enfermeiro em seus progressos e dificuldades, cabendo ao enfermeiro a ajuda para desvendar os mistérios da redescoberta da cidadania a ser conquistada pelo paciente, através das intervenções de enfermagem que vão sendo discutidas e propostas por ambos, no decorrer das consultas de enfermagem.

Para Travelbee (1982), a inter-relação pessoal é uma meta a ser atingida como resultado das interações planejadas, é uma experiência de aprendizagem para o paciente e para o enfermeiro.

Lunney (2001) especifica que o enfermeiro que realiza diagnósticos de enfermagem deve se preocupar com três domínios para a aquisição de habilidades: o domínio interpessoal, o técnico e o intelectual, que afetam a precisão da interpretação das respostas humanas. No que diz respeito ao domínio técnico, a habilidade de conduzir uma entrevista exige enfoque nos exames físico e psíquico. O domínio intelectual inclui o conhecimento do enfermeiro sobre as respostas humanas e o emprego do processo de pensamento mais apropriado para diagnosticar, desenvolvendo as habilidades perceptivas, pois o conhecimento das reações humanas ocorre continuamente. O domínio interpessoal já foi discutido anteriormente.

A medida que o enfermeiro adquire e desenvolve a habilidade de pensar criticamente para alcançar interpretações precisas das reações humanas torna-se capaz de propor intervenções mais apropriadas e resultados mais positivos ao paciente e à equipe. Lunney (2001) ainda afirma que as habilidades do pensamento são continuamente desenvolvidas através do uso repetido de estratégias apropriadas de pensamento, tornando o enfermeiro mais astuto a respeito da interpretação das reações humanas, economizando tempo.

O processo de enfermagem atualmente tem sido discutido enfaticamente por enfermeiros e órgãos de classe, no que diz respeito a sua aplicação. O que temos constatado ao longo de nossa trajetória de estudos é a ansiedade do enfermeiro, insistindo num discurso paradigmático e fragmentado, justificando a não utilização do processo de enfermagem por falta de preparo acadêmico e /ou falta de apoio institucional.

Os pressupostos do processo de enfermagem podem ser utilizados diariamente na prática da enfermagem psiquiátrica, como também de especialistas de outras áreas, quando temos que estabelecer um relacionamento terapêutico. Dessa forma, participamos ativamente da construção do plano de cuidados e apontamos para a equipe multidisciplinar e para o próprio paciente as necessidades de redescoberta e aprendizagem em cada etapa rumo à reabilitação psicossocial.

Contudo, certificamo-nos de que a dificuldade sentida pelo enfermeiro na utilização do processo de enfermagem deve-se à inabilidade para sistematizar as ações de enfermagem psiquiátrica, ou seja, ordená-las de acordo com os passos e as propriedades do processo de enfermagem.

Concordamos com Farias et al (1990), que falam do interesse do enfermeiro em estudar, desenvolver e aplicar na prática clínica os diagnósticos de enfermagem somente ter ocorrido nos últimos quarenta anos, apesar de percebermos que o julgamento clínico já estava permeando as atividades de enfermagem desde o início da enfermagem moderna, com Nightingale.

Outro ponto relevante para esta discussão são os instrumentos utilizados para a sistematização da assistência de enfermagem. Observamos que o utilizado neste estudo vem ao encontro da demanda acadêmica em que estamos inseridos em

enfermagem psiquiátrica, pois possibilita ao aluno aprofundar os conhecimentos acerca da entrevista e do exame físico e psíquico do doente mental, posto que requer preenchimento detalhado e extenso.

Todos os instrumentos disponíveis devem ser avaliados continuamente pelo enfermeiro, considerando-se as características peculiares do serviço de enfermagem psiquiátrica e dos de outras áreas, visando sempre respeitar o perfil do paciente a ser atendido e o da equipe de enfermagem.

Como mencionam Barros et al (2002), as entidades internacionais que estudam o processo de enfermagem têm enfatizado a necessidade de validação de instrumentos para as diferentes realidades. A construção de instrumentos de coleta de dados é um processo dinâmico, pois exige constante avaliação do que está em uso, adequando-o às mudanças do modelo de sistematização da assistência de enfermagem adotado e às características da clientela, como também às necessidades da equipe de enfermagem, aí incluídas as mudanças nos processos de trabalho adotados pela instituição.

De acordo com Cruz (1995), o processo de enfermagem deve ser introduzido no ensino de enfermagem tanto na graduação, como na pós-graduação, pois constitui um movimento emergente na profissão de conceitos abrangendo grupos de dados observáveis e que designam situações em que o enfermeiro psiquiátrico tem competência para intervir, no que se refere aos cuidados de enfermagem.

C) TRABALHO EM EQUIPE

O enfermeiro psiquiátrico que utiliza o processo de enfermagem na sua prática cotidiana mantém-se numa posição autônoma no que se refere à apropriação de seus direitos e deveres profissionais perante a equipe não só de enfermagem, mas também a multidisciplinar.

Para tanto, concordamos com Hirdes (2001), quando comenta que os projetos terapêuticos individualizados, assim como os programas reabilitativos, não devem ser encarados como processos normativos e sim como um conjunto de estratégias que direcionam as ações de enfermagem e da equipe. A autora fala ainda das características necessárias dos projetos reabilitativos: flexibilidade, redimensionamento e avaliação constante, com um imperativo que se baseia na construção coletiva e cotidiana, com a participação e o envolvimento da equipe em sua totalidade, para que o resultado seja o compromisso de todos para com a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

No entanto, deparamo-nos e concordamos com Scatena et al (1997), que alertam para o lamentável fato de o enfermeiro não conhecer a fundo seus pacientes, delegando a outros uma tarefa de suma relevância, que é comunicar-se com o cliente e obter dele a confiança necessária para um tratamento bem sucedido.

Portanto, o enfermeiro psiquiátrico necessita assumir um posicionamento mais assertivo na equipe com quem trabalha, fazendo uso do processo e sistematização da assistência de enfermagem nessa área. Cruz (1997) justifica que os diagnósticos de enfermagem envolvem riscos de errar e julgar inadequadamente, mas também significa o surgimento de oportunidades de acertar e a prestação de contas à sociedade a respeito do trabalho a nós destinado.

Como docente, afirmamos muitas vezes ao aluno de graduação em enfermagem que o enfermeiro por manter-se junto com o paciente durante todo o plantão, não se restringindo somente às consultas de enfermagem, pois é o profissional da equipe que está mais apto a promover um relacionamento proveitoso com o paciente, capacitando-o para a conquista da reabilitação psicossocial. Dessa forma, assumimos a árdua tarefa de aplicar um método para que esse discurso não passe de mera ideologia, mas seja a prática efetiva da assistência de enfermagem. O processo de enfermagem não deixa de ser uma metodologia de organização do trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

Cruz (1997) ainda enfatiza que, ao prestarmos contas sobre o cuidado de enfermagem, estamos permitindo que os nossos pares, a comunidade e outros profissionais de saúde nos olhem, para que possam definir e conhecer o cuidado de enfermagem que ainda não ocupa a posição de destaque que lhe cabe.

Consideramos que o processo de enfermagem oferece ao enfermeiro a reafirmação de sua práxis, no sentido de ocupar seu *status* na equipe multidisciplinar, o qual foi se perdendo ao longo da trajetória da psiquiatria em nosso país.

O enfermeiro deixa de ser um agente que meramente coordena a equipe de enfermagem, exercendo além dessa atribuição gerencial, um papel ativo e dinâmico como facilitador de discussões sobre a evolução do paciente, estabelecendo julgamentos e avaliações sobre seu estado de saúde e as condutas que o reconduzam a uma vida ativa.

Nas palavras de Alfaro-Lefevre (1996), o futuro pertence àqueles enfermeiros que aprenderem a usar sua maior potência cerebral, ou seja, são capazes de pensar

criticamente, apropriando-se de um conjunto de conhecimentos e atualizações específicas, para se adaptarem a novas situações e tomadas de decisões competentes.

A equipe representa a força necessária para que o enfermeiro consiga implantar a sistematização da assistência de enfermagem, no que se refere ao envolvimento com o projeto a ser executado, mesmo que, diferentemente de outras áreas clínicas, em que a prescrição de enfermagem seja para o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, em termos de reabilitação psicossocial, em um serviço ambulatorial, o enfermeiro prescreva diretamente para o paciente, durante as entrevistas, acompanhando sua evolução.

Acreditamos na necessidade de envolver toda a rede de profissionais, o paciente e a comunidade para efetivamente implementar o projeto terapêutico. A sistematização da assistência de enfermagem permite ao enfermeiro distribuir tarefas para a equipe de enfermagem e encaminhar os pacientes a outros profissionais e serviços oferecidos pela comunidade.

5.3 REFLEXÃO SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A utilização de um modelo de histórico de enfermagem a partir dos padrões de reações humanas confere ao enfermeiro, em primeira instância, conforme enfatizamos na segunda etapa desta análise, o conhecimento do paciente em sua totalidade, o que lhe permite classificar e interpretar as informações dele obtidas, para proceder a diagnósticos precisos e ações eficientes.

Concordamos com Travelbee (1982), para quem o enfermeiro psiquiátrico é elemento integrante de um processo caracterizado pelas seguintes fases: observação, interpretação, tomada de decisão, ação e apreciação ou evolução, no tocante a avaliar suas as ações. Sendo assim, a observação é o método mais eficaz para entender o doente mental, o primeiro passo rumo a uma relação enfermeiro/paciente produtiva, pois nela estão exatamente os princípios do que chamamos histórico de enfermagem, que também implica colher, classificar e interpretar os dados que possibilitarão sistematizar a relação interpessoal, para que o enfermeiro psiquiátrico adquira a percepção exata dos conceitos que o auxiliarão na prática clínica.

A partir da observação ocorre, ainda segundo Travelbee (1982), a interpretação, que consiste na tradução da informação advinda da interação com o paciente. Assim ele estabelece hipóteses e chega à terceira etapa, denominada tomada de decisão, envolvendo não só o fundamento teórico, mas também a imaginação, a criatividade, a flexibilidade e a capacidade de compreensão, no que se refere às decisões a serem tomadas perante as necessidades de intervenções constatadas. A quarta etapa, a avaliação do que foi executado, é imprescindível para o aprimoramento profissional do enfermeiro psiquiátrico, e tem de ser realizada na medida em que os objetivos são ou não alcançados.

De acordo com o modelo acima ocorre a sistematização do processo interpessoal. Abrimos um parêntese para comentar que achamos possível traçar uma convergência entre esse modelo e o processo de enfermagem de que estamos falando, já que um completa o outro. Talvez a autora citada nem tenha se dado conta da repercussão de sua significativa obra na enfermagem da atualidade. A essência da enfermagem psiquiátrica é a relação enfermeiro/paciente e tudo o que nos cabe é unificar as teorias por elas propostas para sistematizar a relação interpessoal e a teoria do processo de enfermagem tão comentado, para que efetivamente consigamos estabelecer bases sólidas que reflitam na apropriação das funções do enfermeiro psiquiátrico.

Travelbee (1982) acrescenta que o enfermeiro psiquiátrico cresce como ser humano através do contato mantido com outro ser enfermo, aprendendo novas formas de ajuda ao outro, revendo o conhecimento sobre si próprio, aumentando progressivamente suas possibilidades de criar e pensar o cuidado de enfermagem, usando construtivamente suas limitações.

Também concordamos com Maria (1997), que destaca a autonomia do enfermeiro psiquiátrico para decidir sobre sua prática, embora esteja sujeito a um retrocesso causado pela submissão da enfermagem ao domínio médico e pelos conflitos gerados pela política da super valorização da produtividade que, na maioria das vezes, depõe contra a qualidade da assistência prestada a clientela.

Apoiamo-nos em Amarante (1997) para enfatizar a necessidade de colocarmos a doença mental entre parênteses: não é, portanto, a negação da loucura e, sim, a suspensão do conceito de doença mental como um obstáculo que trará possibilidades de melhor relação entre a sociedade e os portadores de doença mental.

Destacamos mais uma vez a relevância da sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica, visto que o modelo que inclui os padrões de reações humanas enfoca em sua essência a totalidade sadia do paciente, deixando de lado o paradigma obsoleto de planejar as ações de enfermagem psiquiátrica tendo como pano de fundo a doença mental, para nós um viés às tentativas de reabilitação psicossocial desenvolvidas até hoje.

No pensar de Amarante (1997), é lidando cotidianamente com as pessoas e familiares de portadores de problemas mentais que se superam as formas anteriores de tratamento e assistência, baseadas nas internações em hospícios, isolamento, invalidação e mortificação. As mudanças só ocorrerão se exercitarmos novas formas de cuidado e acolhimento, centradas nas novas escutas, em novas formas de convívio social e em novas formas de ações terapêuticas. Assim, o familiar acostumado a ver o doente mental internado, isolado e desconsiderado enquanto cidadão, apreende uma outra forma de lidar com ele, vislumbrando o fortalecimento de suas potencialidades e buscando, para suas dificuldades outros caminhos que não o da institucionalização.

Sendo assim, consideramos que a sistematização da assistência em enfermagem psiquiátrica surge como uma ferramenta útil e importante na tentativa de construirmos uma práxis mais eficaz na enfermagem psiquiátrica brasileira, no que se refere à reabilitação psicossocial. Acreditamos na participação concreta do enfermeiro psiquiátrico na busca de tecnologias que gerem resultados mais positivos e inovadores em sua prática cotidiana, não deixando de lado a essência de sua profissão que é o cuidado ao paciente. Essa postura faz a diferença na competitiva e transformadora enfermagem psiquiátrica de hoje.

Para Pitta (1996), o problema não é pensar que o enfermeiro psiquiátrico é o clínico, interventor social e político, como se detivesse um agrupamento de funções, o que assume um caráter muito simplista. O que se espera é uma atitude mais positiva, utilizando nossos esforços para produzir resultados que nos levem a uma nova identidade, capaz de, cada vez mais, estabelecer maneiras de conhecer o doente mental, enfatizando suas potencialidades para a construção de um "viver melhor" na sociedade, através do trabalho digno, que é o passaporte para ser aceito, amado e compreendido por todos, não mais visto como alguém com precariedade de laços, vulnerabilidade às agressões, passível de segregação e exclusão como história de vida.

Afinamo-nos, assim, com Maria (1997), para quem o enfermeiro psiquiátrico necessita de apoio administrativo e investimento em educação, desvinculando-se das políticas institucionais que não permitem a sua autonomia e das lideranças de enfermagem que não apóiam a sistematização da assistência de enfermagem.

Enfatizamos a questão da educação continuada em enfermagem psiquiátrica, pois como já citamos anteriormente é imperativo o conhecimento mais diversificado da parte do enfermeiro psiquiátrico, abrangendo outras áreas importantes para o cuidar do outro. Só assim, será capaz de efetivar a sistematização da assistência com qualidade em suas ações, já que estamos falando de um modelo detalhado e complexo que envolve vários padrões de reações humanas, entrelaçados com os conhecimentos em psicologia, sociologia, antropologia e teologia, entre outros.

Apoiamo-nos em Toledo (2000) para falar da necessidade de aprimoramento do enfermeiro psiquiátrico, antes de utilizar e implementar uma rotina de trabalho diferente dos moldes habituais. A educação continuada lhe propicia não só a

fundamentação teórica, mas principalmente a reflexão quanto a sua práxis e a revisão de sua inserção profissional na equipe e na instituição em que atua.

Algumas dificuldades encontradas pelo enfermeiro durante a realização da sistematização da assistência são relativas principalmente ao déficit de conhecimento científico em exame físico e psíquico, prejudicando os padrões valorizar e escolher, sem falar das dificuldades burocráticas que interferem diretamente no dia-a-dia da profissão e, de uma maneira geral, levam-no a relegar a segundo plano a sistematização da assistência de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da atual política de saúde mental, objetivando a desinstitucionalização, isto é, não retirar o homem de seu contexto, fica patente a necessidade de serviços e profissionais comprometidos com essa visão e atuando conjuntamente para o bom andamento do processo de reabilitação.

A avaliação das condições emocionais e mentais do paciente tem se desenvolvido superficial e lentamente pelo enfermeiro ou estudante de enfermagem, não obstante a importância cada vez maior desse procedimento.

Identificar os comprometimentos de origem emocional emergentes ou decorrentes de internação e do adoecer é fundamental para, juntamente com o exame físico, subsidiar e otimizar o cuidado integral de cada paciente.

Assim, no caso do enfermeiro atuando em saúde mental, o desafio que se lhe impõe é cada vez maior e mais complexo, implica a capacidade de uma atuação eficaz juntamente com outros profissionais, mas não deles dependente. Ele tem de estar apto a conhecer intimamente o paciente para que seu desempenho seja efetivamente ético, objetivo, maduro, seguro, flexível e criativo.

A interação enfermeiro-paciente produzindo estreitamento das relações é fundamental para que as metas sejam atingidas em prazos mais curtos, pois é a confiança para se expressar com mais facilidade que resultará na melhor forma de,

juntamente com o profissional, o cliente encontrar os caminhos para reverter a condoção conflitante em que vive.

A experiência com a sistematização da assistência de enfermagem e o modelo de abordagem do paciente baseado nos padrões de reações humanas têm nos mostrado resultados positivos. Daí a intenção de adaptar esses recursos para a saúde mental.

No caso dos pacientes que acompanhamos durante a construção deste trabalho, constatamos progressos animadores em alguns casos, após procedermos às ações que julgamos cabíveis, como, por exemplo, a melhora no padrão de sono perturbado de uma das mulheres assistidas, que enfatizou que se sentia mais disposta para tentar conviver com o zumbido a lhe comprometer o ouvido, como também para a melhor realização de suas tarefas cotidianas de autocuidado e cuidado com o lar.

Também outro paciente se referiu a sua maior autonomia para a realização das atividades diárias, sem mais precisar das diretrizes antes dadas pela mãe, até para os atos simples, como tomar banho sozinho, escolher o que vestir e o que comer.

Pudemos perceber a importância de discutir os comportamentos a serem adquiridos a cada dia, até a conquista da volta aos estudos e ao trabalho, procurando incutir em cada ser a consciência de suas aptidões e capacidade para a superaração de crises.

Sem dúvida novos acréscimos ao instrumento utilizado na reabilitação psicossocial promoverão maiores ganhos junto a esses sofridos pacientes. Como já comentamos anteriormente, é a educação continuada, com constante aprimoramento profissional, a melhor ferramenta para a conquista dos saberes que contarão numa práxis de enfermagem voltada ao cliente como ser humano pleno e único.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A – Identificação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M F

Data do Nascimento: ____/____/____

B – Exame psíquico e físico por padrão de reação humana

1 – Trocar

Cardíaca/Periférica :

_____

_____

_____

Cerebral :

_____

_____

_____

Oxigenação :

_____

_____

_____

Integridade da Pele/ Mucosas :

_____

_____

_____

Regulagem Física :

Nutrição:

Eliminação Renal :

Eliminação Intestinal :

2 - Comunicar

3 - Relacionar

Relações:

Sexualidade – Reprodução :

Qualidade das Relações :

_____

_____

_____

4 – Valorizar

_____

_____

_____

5 - Escolher

Enfrentamento:

_____

_____

_____

Participação :

_____

_____

_____

Julgamento :

_____

_____

_____

6 - Movimentar

Atividade Física :

_____

_____

_____

Descanso :

_____

_____

_____

Recreação :

_____

_____

_____

Autocuidado :

_____

_____

_____

Manutenção do ambiente de saúde :

_____

_____

_____

_____

7 – Perceber:

Auto Conceito:

_____

_____

_____

_____

Sentido:

_____

_____

_____

_____

Percepção Sensorial:

_____

_____

_____

8 - Conhecer:

Problemas Atuais de Saúde:

_____

_____

_____

Histórico de Saúde:

_____

_____

_____

Medicamentos Atuais:

_____

_____

_____

Fatores de Risco :

_____

_____

_____

Orientação:

Memória:

Atenção :

Concentração :

9 - Sentir

Sentir – Desconforto :

Estado – Integridade Emocional :

_____

_____

_____

C - Diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem:

_____

_____

_____

D - Intervenções de Enfermagem

Prescrição

E – Avaliação

Prescrição

Plano de Assistência Multiprofissional :

_____

_____

_____

_____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA – **Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Serviço de Reabilitação Psicossocial**

Pesquisador Responsável – Vanessa Pellegrino Toledo

Data: _____

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,_____, RG:_____, _____ anos, recebi todas as informações do estudo que pretende conhecer e registrar os dados do meu estado de saúde, para que o pesquisador possa utilizar um modelo de sistematização da assistência de enfermagem com base no padrão das reações humanas. Fui informado de que os dados do meu estado de saúde contribuirão para melhorar a assistência de enfermagem psiquiátrica nos serviços de reabilitação psicossocial. No roteiro de sistematização da assistência de enfermagem haverá nomes fictícios e códigos, não revelando minha identidade. As informações serão analisadas e utilizadas para ensino e pesquisa.

Estou sabendo que em nenhum momento, serei exposto a riscos devido a minha participação nesta pesquisa. Sei também que a qualquer momento, poderei recusar-me a continuar, sem qualquer prejuízo para minha pessoa. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nessa pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo

_____	_____
Assinatura	Documento
Dados do Pesquisador: Vanessa Pellegrino Toledo	Dados do Orientador:
Maria Cecília Morais	
RG: 23190808-8	Scatena
Coren: 64518	RG: 736780
Fone: (19) 35478808	Coren: 66918

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO – LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 190p.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.272p.

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**. 2ª edição. Campinas – SP: Editora Alínea, 2001. 158p.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p.

CASAGRANDE, L. D. R.; ROSSI, L. A. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCARULLO, T. I. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. 303p.

COREN-SP Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Reflexão: enfermagem mais crítica e digna. São Paulo: Publicação oficial especial, jan. 2002. 25p.

CRUZ, D. A. L. M. **A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processamento de informações por alunos de graduação.** São Paulo, 1995, 149p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

_____ . Contribuições do diagnóstico de enfermagem para autonomia da enfermeira. In: **Série didática enfermagem no SUS: o uso do diagnóstico na prática da enfermagem.** Brasília, p. 51-58, 1997. 112p.

CRUZ, D. A. L. M. et al. Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem evolução e razões do uso. **Rev. Acta Paul. Enf.**, v.4, n. 2/4, p. 28-34, 1991.

FARIAS, J. N. et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160p.

FUREGATO, A. R. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem.** Ribeirão Preto – SP: Scala, 1999. 142p.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375p.

GUTIERREZ, B. A. O.; SOARES, A. V. N.; ANABUSKI, M. H.; NOMURA, F. H. Histórico de enfermagem. In: CIANCARULLO, T. I. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.** São Paulo: Ícone, 2001. 303p.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo**. Erichim - RS: Edifapes, 2001. 208p.

HORTA, W. de A. Considerações sobre o diagnóstico de enfermagem. **Rev. Bras. Enf**., v.20, n.1, p.7-13, 1967.

_____. Diagnóstico de enfermagem: estudo básico da determinação de dependência de enfermagem. **Rev. Bras. Enf**., v.25, n.4, p. 265-73, 1972.

_____ . Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI – LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

LABATE, R. C. **O profissional de saúde frente a paciente mastectomizada: aspectos psicológicos.** 1997. 148p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LUNNEY, M. et al. **Critical thinking & Nursing diagnosis: cases studies & analyses**. Philadelphia: NANDA, 2001. 337p.

MARIA, V. L. R. Os caminhos do diagnóstico de enfermagem na prática de um hospital especializado. In: **Série didática enfermagem no SUS: o uso do diagnóstico na prática da enfermagem.** Brasília, p. 77-85, 1997. 112p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª Ed. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2000. 269p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001-2002** / organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliane Marlene Michel – Porto Alegre: Artmed, 2002. 288p.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.320p.

OLIVEIRA, F. B. **Construção dos centros de atenção psicossocial do Ceará e a invenção das práticas: ética e complexidade.** São Paulo, 1999, 202p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing**. New York, G. P.: Put nam ´s sons, 1952. 330p.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 158p.

SARACENO, B. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo horizonte / Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Cora editora, 1999. 176p.

_____ . A concepção da reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,** v.9, n 1, p.26-31. jan/abril,1998.

SCATENA, M. C. M. **Saindo do hospital psiquiátrico: análise da inserção dos pacientes nos lares protegidos.** 2000. 106f. Tese (livre docência em Enfermagem Psiquiátrica) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SCATENA, M. C. M. et al. Opinião de enfermeiros a respeito de suas interações com o paciente. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL, 1., 1997, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: Te Cora: Instituto Franco Basaglia, 1997, p. 455-471.

SIVIERO, I. M. P. S.; TOLEDO, V. P.; FRANCO, D. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 90-93, 2002.

STUART & LARAIA, G.W. **Enfermagem psiquiátrica – princípios e prática**. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2001. 958p.

TABORDA, J. G. V. Exame psiquiátrico. In: _____. **Rotinas em psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 11-23.

TOLEDO, V. P. **A percepção do enfermeiro quanto à importância do seu conhecimento em enfermagem psiquiátrica no desempenho de suas atividades profissionais**. 2000. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TRAVELBEE, J**. Intervention en enfermeria psiquiátrica**. Colômbia: Carvajal S. A., 1982. 282p.